



Datum för bedömning		Personnummer
<input type="checkbox"/> Ny bedömning	<input type="checkbox"/> Omprövning	Namn
Bedömning av egenvård utförd av: Namn:		Nuvarande boendeadress
Verksamhet:		Postadress
Telefon:		Telefon
E-postadress:		

Hälsa- och sjukvårdsåtgärd/er som kan utföras som egenvård	Utför uppgiften själv	Behov av praktisk hjälp (Anhörig/personal ansöka om bistånd)	Ansvarig för uppföljning (profession och enhet) Hur och När?
1.			
2.			
3.			
<b>Riskanalys, där hänsyn tas till patientens fysiska hälsa</b> (funktionsförmåga), <b>psykisk hälsa</b> (minne, koncentration, förståelse) <b>samt livssituation</b> (fysisk miljö, sociala förhållanden)			

**Instruktioner till anhörig/personal/den enskilde om praktisk hjälp med egenvård lämnas av:**

Namn:	Datum
-------	-------

Om patienten har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av skada i samband med egenvården ska beslutet om egenvård upphävas och ändras till hälso- och sjukvårdsuppgift. Den som ansvarar för uppföljning av egenvårdsbedömningen kontaktas för omprövning av egenvården.