



EGENVÅRDSBEDÖMNING inom öppen hälso- och sjukvård

Datum för bedömningen _____ / _____ 20____ <input type="checkbox"/> Ny bedömning Omprövning	Personnummer _____	
Egenvårdsbedömning utförd av: Namn _____ Verksamhet _____ Tel.nr _____ E-postadress _____	Namn _____	Nuvarande boendeadress _____
	Postadress _____	Telefon _____

Hälso- 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.			
4.			
5.			

Risicanalys, där hänsyn tas till patientens fysiska hälsa (funktionsförmåga), psykisk hälsa (minne, koncentration, förståelse) samt livssituation (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.