



## EGENVÅRDSBEDÖMNING inom öppen hälso- och sjukvård

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

<b>Hälso- och sjukvårdsåtgärd/er som kan utföras som egenvård</b>	<b>Utför uppgiften själv</b>	<b>Behov av praktisk hjälp</b> (Anhörig/personal ansöka om bistånd)	<b>Ansvarig för uppföljning</b> (profession och enhet) Hur och När?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**Riskanalys, 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.*