

Samordnad individuell plan (Barn och ungdomar)

Sida 1 (4)

Samordnad individuell plan <input type="checkbox"/> HSL 3 f § <input type="checkbox"/> SOL 2 kap. 7 §	Namn: <input type="text"/>
Samordningsansvarig: <input type="text"/>	Personnummer: <input type="text"/>
Enhet/verksamhet: <input type="text"/>	Utdelningsadress: <input type="text"/>
	Postnummer/ort: <input type="text"/>
	Telefon: <input type="text"/>

Vårdnadshavare

Namn: _____	Personnummer: _____
Utdelningsadress: _____	Telefon: _____
Postnummer: _____	Postort: _____

Namn: _____	Personnummer: _____
Utdelningsadress: _____	Telefon: _____
Postnummer: _____	Postort: _____

Viktiga personer

Ansvarig inom landsting

Namn: _____	Verksamhet: _____	Telefon: _____
-------------	-------------------	----------------

Ansvarig inom kommun

Namn: _____	Verksamhet: _____	Telefon: _____
-------------	-------------------	----------------

Ansvarig annan vårdgivare

Namn: _____	Verksamhet: _____	Telefon: _____
-------------	-------------------	----------------

Personnummer:

Beslutade insatser

Från Landstinget:

Från Kommunen:

Annan vårdgivare:

Klienten/patientens egen insats:

Vårdnadshavares insats:

Mål för samordnade insatser

Uppföljning av beslutade insatser

Datum:

Plats:

Samman kallande:

Samordnad individuell plan

Sid 3 (4)

Personnummer:

Planen upprättades (datum): _____

Planen gäller t o m (datum): _____

Datum för uppföljning: _____

Godkännande av plan

Den enskilde: _____

Vårdnadshavare: _____

Vårdnadshavare: _____

Samordningsansvarig landstinget: _____

Namnförtydligande: _____

Samordningsansvarig kommun: _____

Namnförtydligande: _____

Samordningsansvarig annan vårdgivare: _____

Namnförtydligande: _____

Ort och datum: _____

Övrigt

Personnummer:

Blank lined area for additional information.