



## **Samordnad individuell Vårdplan**

Närstående som kan kontaktas nattetid:

.....

Telefon: .....

Personnummer:.....

Namn: .....

Adress: .....

Telefon: .....

Yrke (tidigare): .....

Närstående namn och adress:

.....

Telefon: .....

Intressen/vanor/andligt/kulturellt

Kontaktperson/undersköterska, kommun	Tel
Kontaktperson/undersköterska, hemtjänst	Tel
Biståndshandläggare	Tel
Distriktsläkare	Tel
Sjuksköterska, primärvård	Tel
Sjuksköterska, kommun	Tel
Arbetsterapeut, primärvård	Tel
Arbetsterapeut, kommun	Tel
Sjukgymnast, primärvård	Tel
Sjukgymnast, kommun	Tel
	Tel

**VARNING!** (t ex läkemedels- eller livsmedelsallergi)