

# GENOMFÖRANDEPLAN

SoL

Gäller fr.o.m.	Uppföljning senast	Färdtjänst <input type="checkbox"/> Med ledsagare <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/>	Hjälpmedel
Namn		Medicinhandling <input type="checkbox"/> Sköter själv <input type="checkbox"/> Hjälp av personal <input type="checkbox"/>	
Personnummer	Telefon	Larm <input type="checkbox"/> Extra larm <input type="checkbox"/>	
Adress (vistelseadress)		Typ av larm: Ansvar för privata medel	Kontaktperson
Postnummer och ort		Sköter själv <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/>	
Social situation och nätverk		Matvanor	
		Sovvanor/nattillsyn	
Dagligt liv, livsstil, intressen och aktiviteter		Hälsotillstånd, ex allergier, syn, hörsel	
		Kvitterat ut nyckel <span style="float: right;">Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></span>	

Vad den enskilde klarar själv	Omsorginsatser/Insatsbeskrivning/Uppdrag Vad den enskilde behöver hjälp med	Mål med insatsen (delmål på separat bilaga)
<b>Särskilda behov och önskemål</b>	<b>Övrigt</b>	
<b>Enskild/anhörig och socialtjänstens personal är överens om genomförandeplanen och delmålen:</b>		
<b>Datum</b>	<b>Underskrift av enskild/anhörig/närstående</b>	<b>Datum</b>
		<b>Underskrift av verksamhetschef</b>