

## Min samordnade individuella plan - SIP

Namn	Personnummer
Telefon	Adress
Ort	Datum

- Ny SIP    Uppföljning  
 Samtycke inhämtat av sammankallande

### Varför träffas vi idag?

### Pågående åtgärder/insatser - Hur fungerar det?

**Jag behöver och vill att följande förändras**

**Vilka är mina synpunkter och önskemål?**

**Vilka är närståendes synpunkter och önskemål?**

**Långsiktig målsättning, vad vill jag uppnå?**

<b>Kortsiktiga mål:</b> Vad vill jag uppnå på kort sikt?	<b>Insatser/åtgärder:</b> Vad ska vi göra?	<b>Ansvarig:</b> Vem ska göra det och när?

## Annan viktig information

Min fasta vårdkontakt är .....

## Samordnare för SIP

Namn	Verksamhet
Kontaktuppgifter	

## Planerad uppföljning av samordnad individuell plan (SIP)

Plats	Datum och tid
Ska kallas till nästa uppföljning av samordnaren	

## Jag godkänner innehållet i planen

Den enskildes namnteckning	Alternativ vårdnadshavare, förvaltare eller annan företrädare för den enskilde	Alternativ vårdnadshavare, förvaltare eller annan företrädare för den enskilde
Namnförtydligande	Namnförtydligande, i egenskap av	Namnförtydligande, i egenskap av

