

SIP-mall

Ny SIP

Uppföljning

Datum _____

SIP - Samordnad individuell plan

En plan som samlar dina behov, insatser och kontaktpersoner på ett ställe. Vi fyller i och följer upp planen tillsammans. Du har kvar planen hemma hos dig.

SIP görs enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen och 16 kap. 4§ i hälso- och sjukvårdslagen. För mer information, klicka [här](#).

Saknas det plats i dokumentet, skriv i separat dokument eller på löst papper.

Planen tillhör

_____ Namn	_____ Personnummer
_____ Adress	_____ Kontaktuppgifter
_____ Eventuell företrädare för den enskilde	_____ Kontaktuppgifter

Om den enskilde inte deltar på mötet motivera varför

Huvudansvarig för SIP

Personen har det övergripande ansvaret för planen, att kalla till nästa möte och följa upp de insatser som planerats. Bör vara den person som den enskilde har mest kontakt med. Den huvudansvarige kan skifta under tidens gång.

_____ Namn på huvudansvarig	_____ Verksamhet
--------------------------------	---------------------

Kontaktuppgifter - inbjudna deltagare

Namn	Funktion/relation/verksamhet	Kontaktuppgifter	Deltog
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

SIP-mall

Planerad uppföljning

Plats

Datum, mötestid (start och slut)

Föreslagna deltagare/ verksamheter

Namn

Organisation

Underskrifter

Den enskilde, signatur

Namnförtydligande

Datum

Företrädare för den enskilde, signatur

Namnförtydligande

Datum

Övriga deltagare

Signatur

Namnförtydligande

Datum