



Samordnad individuell plan - SIP

Namn: _____

Personnummer: _____

Samordningsansvarig: _____

Datum för planering: _____

Initiativorsak: _____

Den enskilde närvarande: Ja Nej

Deltagare

Enhet/organisation/relation	Namn/titel	Kontaktinformation

Min (individens) nuvarande situation: _____

Huvudmål: _____

Delmål: _____

Aktivitet	Ansvar (vem)

Delmål: _____

Aktivitet	Ansvar (vem)

Riskbedömning och åtgärder

Riskbedömning/riskhantering: _____

Tidigare tecken på återinsjuknande: _____

Åtgärdsplan/krisplan: _____

Medicinska/psykiatriska stödbehov: _____

Datum för uppföljning: _____

Berörda parter godkänner:

Namn	Enhet/organisation/relation