

Namn:	Personnummer:
Egenvårdsbehandling:	
Utförs av	Namn
Patient	
Närstående	
Hemtjänst	
Personlig assistent	
Kommunal SoL/LSS	
Annan	
Information/utbildning till ovanstående ges av:	
Eventuella symtom att beakta:	
Vid akut situation kontakta/ring:	
Vid förändrad behandling ska egenvårdsbedömningen omprövas och ny blankett upprättas	
Ansvarig för uppföljning:	
Patient/vårdnadshavare/anhörig:	Tel:
Signatur samtycke:	
Giltighetstid:	Vårdinrättning:
Signatur: Läkare/sjuksköterska	Tel:

Här fanns nödvändig information om SOSFS (2009:6)