

## Sogn og Fjordane - modellen



### Individuell plan for

---

Utarbeida av:

Retten til å få utarbeida individuell plan er slått fast i Lov om pasient- og brukerrettar § 2-5. Helsetenesta si plikt til å utarbeide individuell plan er nedfelt i Lov om spesialisthelsetenester § 2-5, Lov om kommunale helse- og omsorgstenester i kommunane § 7.1, Lov om psykisk helsevern § 4-1, Lov om barneverntjenester § 3-2a, Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 5.

Planen gjeld frå: Dato

Evaluering: Dato

Mal for IP og rettleiar vart utarbeidd på bakgrunn av samarbeid mellom kommunane i Sogn og Fjordane, Helse Førde og Fylkeslegen i Sogn og Fjordane i 2003. Malen og rettleiaren er revidert av ei arbeidsgruppe med medlemmer frå både kommunane, Helse Førde og brukarane hausten 2009. Lovverk oppdatert 2013.

## Samtykkeerklæring

**Samtykke:** Eg er kjend med kva ein individuell plan er, og samtykker med dette til at planen blir utarbeidd.

**Teieplikt:** Opplysningar som ulike offentlege tilsette/tenestenivå får om meg i rehabiliteringsprosessen kan berre gjevast vidare med mitt, eller den eg utnemner som næraste pårørande / hjelpeverje sitt samtykke, dersom ikkje anna er bestemt i eller i medhald av lov (sjå rettleiar). Eg og næraste pårørande kan til ei kvar tid dra dette samtykket tilbake.

Dato: \_\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_

(Brukar / Pårørande / Hjelpeverje)

### Ansvarsgruppe

<b>Brukar:</b>	<b>Fødselsnr.:</b>
Adresse:	Sivilstatus:
Telefon:	E-post:

<b>Pårørende:</b>	<b>Pårørende:</b>
Adresse:	Adresse:
E-post:	E-post:
Telefon:	Telefon:
Relasjon:	Relasjon:

<b>Koordinator:</b>	<b>Hjelpeverje:</b>
Telefon:	Telefon:
Adresse:	Adresse:
E-post:	E-post:

### Andre i ansvarsgruppa

Namn:	Namn:
Stilling:	Stilling:
E-post:	E-post:
Telefon:	Telefon:
Arbeidsstad/adr.:	Arbeidsstad/adr.:

Namn:	Namn:
Stilling:	Stilling:
E-post:	E-post:
Telefon:	Telefon:
Arbeidsstad/adr.:	Arbeidsstad/adr.:

Namn:	Namn:
Stilling:	Stilling:
E-post:	E-post:
Telefon:	Telefon:
Arbeidsstad/adr.:	Arbeidsstad/adr.:

Namn:	Namn:
Stilling:	Stilling:
E-post:	E-post:
Telefon:	Telefon:
Arbeidsstad/adr.:	Arbeidsstad/adr.:

### Andre sentrale tenester/personar i samhandlingsarbeidet


Mine interesser:

Mine mål og ønskje:

Ressursar: Personlege ressursar/pårørande sine ressursar

Mine behov for tenester/bistand:

Mine pårørende (også barn) sine ønske og behov:

Diagnoser:

Funksjonsvurdering:

Hovudmål:

<b>Delmål</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Ansvar for tiltak (og evt. saman med)</b>	<b>Evaluering (dato)</b>

**Utdjupande dokument og vedtak:**

\_\_\_\_\_  
Brukar/pasient

\_\_\_\_\_  
Koordinator