

Gränsöverskridande team för personer med demenssjukdom och kognitiv svikt

Teamets namn: _____

Region & kommun: _____

Teamets uppdrag

Samordnare

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Teamets övriga medlemmar

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter i teamet: _____

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter i teamet: _____

Teamets övriga medlemmar (forts.)

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter i teamet: _____

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter i teamet: _____

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter i teamet: _____

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter i teamet: _____

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter i teamet: _____

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter i teamet: _____

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter i teamet: _____

Möten

Veckodag/tid: _____

☐ Fysiskt möte

Veckodag/tid: _____

☐ Digitalt möte

Rutiner för kommunikation

Nära samarbetspartner (ex. kurator och tandläkare)

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter: _____

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter: _____

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter: _____

Namn, yrke, arbetsgivare: _____

Telefon & e-post: _____

Uppgifter: _____

(regionalt vårdprogram, kvalitetsregister etc)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.