Vårdplan uppföljning

Datum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Behandlare: _____

Aktuella symptom med behov av insatser:

_____

_____

_____

_____

Aktuell vikt: _____ kg.

Insatser som behövs

Hjälpmedel: _____

_____

_____

Insatserna planeras av: _____

Läkemedel: _____

_____

_____

Insatserna planeras av: _____

Andra insatser/kontakter: _____

_____

_____

Insatserna planeras av: _____

Övrigt: _____

_____

_____

_____

Nästa återbesök planeras till: _____