

Din plan – afdækkede behov

Udfyldes af patient, pårørende i samarbejde med plejepersonale

Hvilke områder er afdækket, som du ønsker støtte til:

Aftaler:

1 _____

1 _____

2 _____

2 _____

3 _____

3 _____

4 _____

4 _____

5 _____

5 _____

Vurder dine behov – lige nu: Udfyldes af patienten

Navn + CPR-nr:

Dato:

Sæt så mange kryds som nødvendigt:

Du kan sætte kryds i både "Områder" og "Brug for støtte". Hvis du har brug for det, kan personalet hjælpe, vejlede og evt. henvise til støtte udenfor afdelingen.

Praktiske områder	Brug for støtte?	Fysiske områder	Brug for støtte?	Psykiske områder	Brug for støtte?
<input type="checkbox"/> Bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bekymret	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Svimmelhed / balance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bedrøvet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Uden håb	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alene / ensom med problemer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hukommelse / koncentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deprimeret	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Børneopdragelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nedsat bevægelighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nervøs	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Offentlige myndigheder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nedsat muskelkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stresset	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anæst	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andre praktiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vægttab eller vægtøgning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Skyldfølelse	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Tænder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Andre følelsesmæssige problemer	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Søise / drikke	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Forstoppelse / diaré	<input type="checkbox"/>	Åndelige / religiøse bekymringer	Brug for støtte?
Arbejds- / skole områder	Brug for støtte?	<input type="checkbox"/> Problemer med syn / hørelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I forhold til tro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbejdsopgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemer med hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I forhold til eksistens	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbejdstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemer med veirtrækning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Andre bekymringer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbejdsmæssige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemer med vandladning	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ledelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemer med huden	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Kolleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stikken og prikken i fingre / tæer	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Uddannelse / Skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hævede arme / ben	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Eget forventninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lymfødem	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Feber	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Hovedpine	<input type="checkbox"/>		
Familie områder	Brug for støtte?	<input type="checkbox"/> Tørre slimhinder	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Samlever / Kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seksuelle problemer	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nedsat sexlyst	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Andre familieproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Andre fysiske problemer	<input type="checkbox"/>		