

Klient: _____ Pnr: _____

Ansvarig: _____ Datum: _____

Svarsalternativ:

0 = inga problem

1 = inga/måttliga problem tack vare pågående insatser/behandling

2 = allvarliga problem

9 = inte känt

1. Bostad

Saknar personen en fast bostad?.....

2. Föda

Har personen svårigheter med att handla eller att tillaga mat?.....

3. Hemmets / rummets skötsel

Har personen svårigheter att sköta sitt hem?.....

4. Hygien

Har personen svårigheter att sköta sin hygien?.....

5. Daglig sysselsättning

Har personen svårigheter med regelbunden och lämplig daglig sysselsättning?.....

6. Fysisk hälsa, inklusive tandstatus

Har personen något fysiskt handikapp eller någon kroppslig sjukdom? Värk?.....

7. Allvarliga psykiatriska symtom

Har personen psykotiska symtom, allvarlig depression eller allvarliga relationsstörningar?.....

8. Information om hälsotillstånd och behandling

Får personen tydlig information muntligt el. skriftligt om hälsotillstånd och behandling?.....

9. Emotionella besvär, ångslan, nedstämdhet

Lider personen för närvarande av emotionella besvär, ångslan eller nedstämdhet?.....

10. Egen säkerhet

Är personen en fara för sig själv?.....

11. Andras säkerhet

Är personen en aktuell eller tänkbar risk för andra personers säkerhet?.....

12. Alkohol

Har personen problem med att kontrollera sin alkoholkonsumtion?.....

ÅTGÄRD

– använd även baksidan för anteckningar:

SKATTARENS

SIGNATUR:

START

DATUM:

UPPFÖLJN.

DATUM:

ÅTGÄRD	SKATTARENS SIGNATUR:	START DATUM:	UPPFÖLJN. DATUM:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Svarsalternativ:

0 = inga problem

1 = inga/måttliga problem tack vare pågående insatser/ behandling

2 = allvarliga problem

9 = inte känt

13. Droger/Mediciner

Missbrukar personen otillåtna droger??.....

14. Sociala kontakter

Behöver personen hjälp med sociala kontakter?.....

15. Nära relationer

Har personen svårighet att skaffa en nära vän eller att fortsätta ett nära förhållande?

16. Sexuell funktion

Har personen några problem som handlar om sex?.....

17. Barnomvårdnad/Barnomsorg

Har personen svårigheter med att ta hand om sina barn?.....

18. Grundläggande skolfärdigheter

Saknar personen grundläggande baskunskaper i att läsa, skriva och räkna?.....

19. Telefon - Kommunikation

Har personen svårigheter med att få tillgång till - eller kunna använda telefon?.....

20. Transport

Har personen svårigheter med att använda allmänna transportmedel?.....

21. Ekonomi

Har personen problem med att sköta sin ekonomi?.....

22. Sociala förmåner / Bidrag

Får personen med säkerhet alla bidrag som han/hon är berättigad till?.....

A. Antal 1:or - inga/måttliga problem tack vare pågående insatser/behandling (dvs tillgodosett behov)

B. Antal 2:or - allvarliga problem (dvs inte tillgodosett behov, oavsett om insatser eller behandling görs eller inte)

C. Antal 1:or + 2:or (A + B) Totalt antal områden med någon form av problem.

Tilläggsområde T1: Utsatt för Hot eller Våld

Utsätts eller riskerar personen att utsättas för hot, våld eller utnyttjande av andra personer?

ÅTGÄRD – använd även baksidan för anteckningar:	SKATTARENS SIGNATUR:	START DATUM:	UPPFÖLJN. DATUM:

KOMMENTAR: