

Planen tilhører:

Navn..... Født.....

Adresse.....

..... Telefon.....

Planen gjelder fra (dato) til Evalueres (dato)

**Situasjonsbeskrivelse og informasjon om planens oppfølging.
Kort om mål, ressurser og tjenestebehov:**

Ansvarlig for samordning og fremdrift

	Midlertidig koordinator spesialisthelsetjenesten	Koordinator i kommunen
Navn		
Arbeidssted		
Adresse		
Tlf/mobil		
E-post		

Overordnet målsetning:

Delmål	Tiltak	Dato for oppstart	Ansvarlig person og instans	Dato for evaluering	Kommentar

Underskrift bruker/tjenestemottaker:

Underskrift ansvarlig koordinator:

Eksisterende vedtak, planer og avtaler med ansvarspersoner

Vedtak, planer og avtaler	Ansvarlig person og instans	Gjelder for perioden	Dato for evaluering	Kommentarer

Underskrift bruker/tjenestemottaker:

Underskrift ansvarlig koordinator:

.....

.....

HELSE  SØR-ØST

Individuell plan

_____ NAVN

Utarbeidet av: _____

i samarbeid med:

_____ kommune

