

Ansökan om placering på Ängsätra Vård & omsorg

Datum: _____

Utredningsansvarig/placeringsansvarig

Namn: _____

Enhet: _____

Tel.nr: _____ Mobil: _____ Fax: _____

E-post: _____

GAS-kod/M-kod: _____

Faktureringsadress _____

Personuppgifter

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Aktuell anhörigkontakt

Namn: _____ Relation: _____ Tel: _____

Namn: _____ Relation: _____ Tel: _____

Namn: _____ Relation: _____ Tel: _____

Diagnos: _____

Aktuell medicinering:

Missbruk: ja nej Om ja, vad? _____

Debutår: _____

Verifierat ingångsvärde på THC och bensodiazepiner skall vara klart när boende kommer till Ängsätra. Provsvaret lämnas till läkemedelsansvarig SSK vid ankomst.

Hepatit: ja nej

Om ja, debutår: _____

HIV: ja nej Om ja, debutår.....

Allergi: ja nej

Om ja, vad: _____

Behandlande läkare, namn: _____

Telenr: _____

Anledning till placering

Uppdrag: _____

Syfte: _____

Mål: _____

Tidigare placeringar:

ADL. Hjälpmedel: _____

Pågående psykiatriska insatser: _____

Pågående somatiska insatser: _____

Pågående medicinska insatser: _____

Ansvarig läkare inom psykiatri

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Ansvarig läkare inom somatiken

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Ansvarig läkare inom missbruksvård

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Munhälsa

Finns behov av tandvårdsstöd? ja nej

Om ja vem ordnar detta?.....

Ansvarig läkare inom infektion

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Pågående tvångsvård, ex LPT, LVM, LRV

Placerande instans: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

FAX: _____

Ansvarig läkare

Namn: _____

Adress: _____

Telefon : _____

FAX: _____

Ekonomi. Vem sköter ekonomin? Förvaltare God man Sköter själv Annat

Namn: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Placeringsavtal skrivs och skickas av placerande instans i samband med boendes inflytt på Ängsätra

Ängsätra Vård& Omsorg

Kyrkbyn

519 91 Istorp

Koordinator – samordnare tel: 0320 – 20 90 90

Föreståndare/Behandlingsansvarig tel SSK: 0320 – 20 90 96

Föreståndare/placeringsansvarig SSK tel: 0702- 89 79 71

Behandlar, tel: 0320 –20 90 93

Ängsätra www.angsatra.brosaters.se

Besöksadress :

Kyrkbyn

519 91 Istorp

Ängsätra	VasseBro
Kyrkbyn	Vassevägen 35
519 91 Istorp	519 30 Horred
Tel: 0320-20 90 90	Tel: 0320-20 95 90
Fax: 0320-20 90 91	Fax: 0320-831 18
info@angsatra.se	info@vassebro.se
www.angsatra.se	www.vassebro.se

Handlingsplan

Namn:.....Personnummer:.....

- **Övervakare:**

Namn:.....

Telefon:.....

Mobilnr:.....

Faxnr:.....

- **Vid återfall av droger:**

Vem kontaktas i första hand och när?

Soc./handläggare

Namn:.....

Telefon:.....

Mobilnr:.....

- ❖ **Anhörig:**

Namn:.....

Telefon:.....

Mobilnr:.....

- **Vem kontaktas om inte ordinarie person går att nå?**

Soc./handläggare

Namn:.....

Telefon:.....

Mobilnr:.....

- ❖ **Anhörig:**

Namn:.....

Telefon:.....

Mobilnr:.....

- **Om den boende avviker:**

Efterlysning ska ske till polis JA.... NEJ....

Vem kontaktas i första hand och när?

Namn:.....

Telefon:.....

Mobilnr:.....

Vem kontaktas om inte ord. person går att nå?

Namn:.....

Telefon:.....

Mobilnr:.....

Ytterligare information:

-
.....

Namn:.....

Datum.....

- **Vid ex. LRV, LPT, LVM**

Vem kontaktas i första hand och när?

Namn:.....

Telefon:.....

Mobilnr:.....

Vem kontaktas om inte ordinarie pers. går att nå?

Namn:.....

Telefon:.....

Mobilnr:.....

Ytterligare information:

-
.....

Namn:.....

Datum.....

Ovanstående info ifyllt av:.....datum.....

RISKBEDÖMNING

Datum:.....

Namn.....Personnummer:.....

Tidigare historik:.....

Har personen blodsmitta eller annan smitta? Om ja, vad?.....
Finns det riks för att personen kan bli aggressiv i samband med biltransport?.....
Är personen helt eller delvis i behov av x:a resurser, x:a-vak eller annan x:a insats för att kunna hantera vardagen?Om ja, vad?.....

1. Har *klienten* kontakt med kriminalvårdens frivård? Ja Nej
 Om ja: hur länge beräknas kontakten pågå?.....

2. Väntar *klienten* på rättegång eller rättslig påföljd? Ja Nej
 Om ja, ange datum om det är känt:.....

3. Har *klienten* utsatts för fysiskt eller psykiskt våld? Ja Nej
 Om ja, ge en kort beskrivning

4. Har *klienten* utsatt någon annan person för fysiskt eller psykiskt våld. Ja Nej
 Om ja, ge en kort beskrivning:.....

5. Har *klienten* utövat hot och/eller våld? Ja Nej
 Om ja, ge en kort beskrivning:.....

6. Finns det risk för eller har det förekommit att personen eldat eller tänt på i allmänna utrymmen, eget boende, sig själv eller annat/ange vad. Ja Nej .

Om ja, ge en kort beskrivning.....

7. Vid dåligt mående/psykiskt illabefinnande, finns det då risk för:

- ❖ Självskadebeteende Ja Nej
- ❖ Avviker.....Ja Nej
- ❖ Hot mot andra.....Ja Nej
- ❖ Våld mot andra.....Ja Nej

8. Tillhör klienten något kriminellt gäng?

9. Har klienten tillhört något kriminellt gäng?.....

10. Tidiga varningstecken:.....

11. Förebyggande åtgärder:.....

12. Åtgärder inför våld/ hot:.....

