

### Aktivitetsrapport

Förnamn:

Period:

Västra Götalandsregionen

Patientnämndernas kansli

Stödperson:

Adress:

Postadress:

## Aktivitetsrapport för utbetalning av arvode

Ifylld blankett skickas kvartalsvis till patientnämndernas kansli första veckan i januari, april, juli och oktober, så länge uppdraget pågår.

	Ja	Nej
1 Fungerar kontakten med patienten bra? Om nej, ange kommentar: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Fungerar kontakten med vårdpersonalen bra? Om nej, ange kommentar: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har du deltagit i vårdplanering eller vid rättslig förhandling rörande tvångsvården? Om ja, ange vad: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Har du fått kännedom om förändrade beslut angående patientens tvångsvård? Om ja, ange vad: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Är patienten kvar på avdelningen? Om nej, ange var patienten vistas: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Övrigt du vill förmedla till patientnämndernas kansli: _____ _____ _____		

### Redovisning av periodens genomförda besök/ kontakter

Datum	Plats	Aktivitet

Ort och datum

Stödperson