

**Samarbeidsavtale med beboer/pårørende:**

<b>Beboers navn:</b>	
<b>Romnummer:</b>	
<b>Tiltaleform</b> (fornavn/etternavn/du/de)	

**Opplysninger om pårørende**

Navn	Telefon	E-post
Navn	Telefon	E-post
Navn	Telefon	E-post
Navn	Telefon	E-post

**Pårørende som er hovedkontakt**

Telefon	E-post

**Helse / Medisinsk behandling:**

Hvordan oppleves din helsetilstand nå?

	Ja	Nei
Ønsker beboer fortløpende orientering om helsetilstanden sin?		
Hvis ja: Hvem skal informeres?		
	Ja	Nei
Ønsker beboer at kontaktpårørende skal få full informasjon?		

Annet dere ønsker å ta opp?

<b>Hva kan du som pårørende bidra med:</b>	<b>Ja</b>	<b>Merknader</b>
Sørge for adresseendring:		
Sørge for endring av abonnement av aviser, ukeblader, tidsskrifter og lignende.		
Sørge for flytting av telefon		

Reservasjon mot telefonsalg		
Skaffe møbler / annet inventar		
Sørge for merking av tøy		
Sørge for passende tøy fortløpende		
Sørge for toalettsaker fortløpende		
Ordne blomstene på rommet		
Kan pårørende tørke støv, dersom beboer har mange pyntegjenstander?		
Følge til tannlege, spesialist, arrangementer og lignende.		
Annet:		

Samarbeidsavtalen evalueres fortløpende, men neste gang den:

Dato:

Beboer	Pårørende
Gruppeleder / avdelingsleder	Primærkontakt