

Ditt behov av stöd - närstående

Vad behöver du för att vara ett stöd för din närstående och vilka behov av stöd har du för din egen skull. Kryssa för det alternativ som bäst stämmer överens med dina behov i nuläget.

Behöver du mer stöd med:		Nej	Lite mer	Mycket mer
1	- att förstå din närståendes sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	- att få tid för dig själv under dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	- att hantera din närståendes symptom, inklusive att ge medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	- dina ekonomiska, juridiska eller arbetsrelaterade frågor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	- att hjälpa din närstående med personlig vård och omsorg (t.ex. påklädning, hygien, toalettbesök)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	- att hantera dina egna känslor och oro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	- att hantera relationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	- att veta vem du kan kontakta om du är bekymrad för din närstående (dag som natt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	- att sköta din egen hälsa (fysiska problem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	- hjälpmedel för att underlätta vården och omsorgen om din närstående?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	- din tro, livssyn eller existentiella/andliga funderingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	- att prata med din närstående om hans/hennes sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	- praktisk hjälp i hemmet eller någon annanstans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	- att få veta vad du kan förvänta dig för dig och din närstående i framtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	- att få vila från vård och omsorg under natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	- något annat (vänligen beskriv här)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fundera över vad av ovanstående du behöver mest stöd med för närvarande. Du kommer sedan få möjlighet att diskutera detta med sjukvårdspersonal.

GEMENSAM HANDLINGSPLAN

Ditt behov av stöd



Datum:

Namn:

Nummer på
prioriterat
område:

Behov av stöd i relation
till prioriterade områden
(beskriv gärna detaljerat)

Gemensam handlingsplan
för stödinsatser