# Avvikelse i samverkan

|  |  |
| --- | --- |
| Datum för anmälan | Ange datum |
| Ditt namn | För och efternamn |
| Mejladress | Mejladress |
| Telefonnummer | Telefonnummer |
| Din arbetsgivare | [ ]  Arbetsförmedlingen[ ]  Försäkringskassan[ ]  Kommun (välj i listan)[ ]  Vårdcentral (välj i listan) [ ]  Psykiatin (välj mottagning)[ ]  Annan (ange vilken) Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Samverkanspart i aktuellt ärende | [ ]  Arbetsförmedlingen[ ]  Försäkringskassan[ ]  Kommun (välj i listan)[ ]  Vårdcentral (välj i listan) [ ]  Psykiatin (välj mottagning)[ ]  Annan (ange vilken) Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Beskriv avvikelsen*Kortfattat och avidentifierat* | Kort beskrivning av avvikelsen |
| Beskriv möjliga orsaker och konsekvenser av händelsen*Frivillig* | Beskrivning av orsaker, åtgärder och konsekvenser |
| Avvikelsen är löst | [ ]  Ja [ ]  Nej |
| Bedöm allvarlighetsgraden | [ ]  Mycket allvarlig [ ]  Allvarlig [ ]  Mindre allvarlig |
| Lösningsförslag | Beskriv förslag för att lösa situationen/händelsen |
| Vidtagna åtgärder | Beskriv vilka åtgärder som vidtagits |