# 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 |