|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Kontaktformular til korte rådgivningsforløb

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enhed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Navn:

Titel:

Kontaktoplysninger (mobil og mail):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Motivation**

Skriv kort hvorfor I ønsker at modtage rådgivning til implementering af Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger til at forebygge, håndtere og lære af udadreagerende adfærd og voldsomme episoder i ældreplejen*.

Skriv gerne, hvis I har deltaget i Implementerings- og læringsforløb, og ønsker rådgivning specifikt i forbindelse med at styrke implementeringen og forankringen efter afsluttet Implementerings- og læringsforløb.

**Formål**

Skriv hvordan I evt. selv har arbejdet med forebyggelse, håndtering og læring af udadreagerende adfærd og hvad I håber at rådgivningsforløbet kan bidrage med.

**Deltagere**

Skriv her hvem (navn, stilling og organisation) der forventes at deltage i rådgivningsforløb, herunder hvem der har det primære ansvar for at igangsætte og følge op på tiltag i forlængelse af rådgivningsforløbet.

Har jeres plejeenhed før modtaget læringsaktiviteter, såsom et Demensrejseholdsforløb, et Værdighedsrejseholdsforløb eller et Implementering- og læringsforløb eller andre ydelser fra Sundhedsstyrelsen?

Ja Nej

Hvis ja, hvilke?