

Recept - Fysisk aktivitet

Recept för

Personnummer	Förnamn, Efternamn
Adress, postnummer, ort	
Telefon	
<input type="checkbox"/> Patienten önskar bli kontaktad av FaR aktivitetsarrangör	

Målsättning

--

I vardagen

<input type="checkbox"/> Minska stillasittandet	
<input type="checkbox"/> Öka vardagsaktiviteten	

Fysisk aktivitet / träning 1

Aktivitet:	Övrigt:
<input type="checkbox"/> Kondition <input type="checkbox"/> Styrka <input type="checkbox"/> Rörlighet/Smidighet <input type="checkbox"/> Balans <input type="checkbox"/> Övrigt:	
Antal tillfällen per vecka:	Antal minuter per tillfälle:
Ansträngningsgrad: <input type="checkbox"/> Låg (Borgskala 9-11) Mycket lätt <input type="checkbox"/> Måttlig (Borgskala 12-13) Något ansträngande	<input type="checkbox"/> Hög (Borgskala 14-17) Ansträngande/mycket ansträngande
Undvik eller var försiktig med:	

Fysisk aktivitet / träning 2

Aktivitet:	Övrigt:
<input type="checkbox"/> Kondition <input type="checkbox"/> Styrka <input type="checkbox"/> Rörlighet/Smidighet <input type="checkbox"/> Balans <input type="checkbox"/> Övrigt:	
Antal tillfällen per vecka:	Antal minuter per tillfälle:
Ansträngningsgrad: <input type="checkbox"/> Låg (Borgskala 9-11) Mycket lätt <input type="checkbox"/> Måttlig (Borgskala 12-13) Något ansträngande	<input type="checkbox"/> Hög (Borgskala 14-17) Ansträngande/mycket ansträngande
Undvik eller var försiktig med:	

Uppföljning

	Datum:	Tid:
	Datum:	Tid:
	Datum:	Tid:
Följs upp av:		

Recept utfärdat av

Namn-teckning	Ort och datum
Namn-förtydligande	Befattning