Region Örebro län

Datum:

Beställning HSL/rehabiliteringsinsats

Personnr:

Namn:

Adress:

Telefon:

Insatsen gäller fr o m **t o m** **(max 1 år)**

Funktionsdiagnos/svårigheter:

Rehabiliteringsinsats (i samråd med patient):

Beräknad tidsåtgång att utföra insatsen per tillfälle:

Antal ggr/v:

Antal personal:

Signeringslista? ☐ (Om "ja" ska det noteras i besöksplan.)

Arbetsuppgiften kräver instruktion? Sätt X för individuell? ☐
generell?

Mål:

Planerad uppföljning:

Ansvarig fysioterapeut:

Vårdcentral: