



Datum:

## Beställning HSL/rehabiliteringsinsats

Personnr:

Namn:

Adress:

Telefon:

Insatsen gäller från och med:

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: