



#### 4: Patienten har följande aktivitetsbegränsning

Beskriv uppgifter som patienten inte kan eller bör utföra på grund av sin sjukdom/skada i förhållande till programaktivitet ovan.

#### 5 a: Patienten är förhindrad att delta i sina aktiviteter på grund av sjukdom/skada

Ja (omfattning och tidsperiod förtydligas i fält 5 b)

Nej

#### 5 b: Patienten är förhindrad att delta i aktiviteter i följande omfattning och tidsperiod på grund av sjukdom/skada

Nedsättningens omfattning	Från och med	Till och med
Deltid <input style="width: 40px;" type="text"/> %	Från och med	Till och med

#### 6 a: Jag bedömer att frånvaroperioden, fält 5 b, kan förkortas eller minskas i omfattning med anpassning

Ja (förtydligar jag i 6 b)

Nej

#### 6 b: Jag bedömer att följande anpassningar skulle kunna förkorta eller minska omfattningen av frånvaroperioden

Exempelvis aktivitetens innehåll, platsen för aktiviteten eller arbetshjälpmedel.

#### 7 a: Efter frånvaroperioden, fält 5 b, är min bedömning att

Patienten kan återgå utan anpassning

Patienten kan återgå med anpassning (förtydligar jag i fält 7 b)

Patienten kan inte återgå

Det inte är möjligt att avgöra om patienten kan återgå

**7 b: Jag bedömer att följande anpassningar skulle kunna underlätta för patienten att återgå till aktiviteter i programmet**

Exempelvis aktivitetens innehåll, platsen för aktiviteten eller arbetshjälpmiddel.

--

**8: Underskrift**

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning och eventuell specialistkompetens	
Vårdenhetens namn, adress och telefonnummer	