

Förfrågan om aktivitetsförmåga

Namn:

Personnummer:

1. Aktuellt hälsotillstånd/diagnoser?

2. Pågående eller planerad åtgärd som kan påverka aktivitetsförmågan?

3. Arbetsförmåga

Har arbetsförmåga utan medicinskt relevanta hinder

Har delvis eller oklar arbetsförmåga, beskriv omfattning

Saknar arbetsförmåga

4. Kan patienten starta en arbetsförberedande aktivitet?

Ja utan anpassningar

Ja, men med vissa anpassningar, beskriv anpassningar

Nej, ange skäl och prognos

5. Finns det någon annan åtgärd som skulle kunna främja patientens aktivitetsförmåga?

Datum:

Namn:

Profession:

Underskrift