

# TryggVE

## Inrapporteringsunderlag **TryggVE** för arbetsterapi/sjukgymnastik

Personnr: ..... Namn: .....

### Funktionsförmåga

Senaste bedömning utförd inom  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum (ÅÅMMDD).....

Föreligger nedsättning av funktionsförmåga?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, finns upprättad omvårdnadsplan/åtgärdsplan?  Ja  Nej  Vet ej  Ej aktuellt

Finns uppföljningsdatum angivet?  Ja  Nej  Vet ej

### Aktivitetsförmåga

Senaste bedömning utförd inom  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum (ÅÅMMDD).....

Föreligger nedsättning av aktivitetsförmåga?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, finns upprättad omvårdnadsplan/åtgärdsplan?  Ja  Nej  Vet ej  Ej aktuellt

Finns uppföljningsdatum angivet?  Ja  Nej  Vet ej

### Rapporterat av

Arbetsterapeut:.....

Sjukgymnast:.....