



## REHABILITERINGSPLAN

Namn:	Personnummer:	Datum:	Datum för uppföljning:
Upprättad av:	Enheter:	Tel:	
Närvarande:			

ICF: Kroppsfunktioner / Aktivitet / Delaktighet / Omgivningsfaktorer / Personliga faktorer
<b>Sammanfattande bedömning</b>
<b>Huvudmål (SMART)</b>
<b>Delmål (SMART)</b>

Åtgärder (inkl egenvård)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning mätning och utvärdering

Upprättad i samråd med..... (underskrift av patient)