

## Förfrågan om aktivitetsförmåga

Avser Namn:

Personnummer:

**1. Vad har patienten för aktuellt hälsotillstånd/diagnoser?**

**2. Har patienten någon pågående eller planerad åtgärd som kan påverka tillståndet**

### **3. Arbetsförmåga**

Har arbetsförmåga utan medicinskt relevanta hinder

Har delvis eller oklar arbetsförmåga, beskriv omfattning

Har ingen arbetsförmåga

### **4. Kan patienten starta en arbetsförberedande aktivitet?**

Ja utan anpassningar

Ja, men med vissa anpassningar, beskriv anpassningar

Nej, ange skäl

### **5. Planerar sjukvården någon behandling som skulle främja patientens hälsa parallellt med aktivitetsplanering?**

---

Besvarat Datum:

Namn:

Profession:

Underskrift