Förfrågan om aktivitetsförmåga

Underlag från socialtjänsten till vårdcentralen

Namn
Exempelperson

Personnummer
1980-01-01

Ansvarig socialsekreterare
Maria Svensson

Telefon/e-post
040-123 45 67 / maria.svensson@kommun.se

☑ **Samtycke till informationsutbyte finns bifogat**

1. Aktuell aktivitet och krav

Beskriv aktivitetens innehåll och omfattning samt de krav som ställs, inklusive anpassningar eller stöd som finns eller har prövats.

Arbetsförberedande aktivitet på kommunens aktivitetshus, 15 timmar/vecka, måndag-fredag kl. 09.00-12.00. Uppgifterna består av enklare sortering, praktiska uppgifter och kortare gemensam planering. Krav på att passa tider, kunna följa enkla instruktioner, koncentrera sig cirka 30-45 minuter åt gången och vistas i mindre grupp. Möjlighet finns till lugn arbetsplats, korta pauser, stöd av handledare och successiv ökning av omfattningen.

2. Beskrivna besvär och hinder

Beskriv kort vad personen själv uppger för besvär och hinder i relation till aktiviteten.

Personen uppger uttalad trötthet, oro och svårigheter att koncentrera sig. Beskriver även värk i nacke och axlar och upplever att besvären ökar efter ett par timmars aktivitet. Har därför svårt att själv bedöma om 15 timmar per vecka är möjligt.

3. Frågeställning till vården

Vad behöver socialtjänsten hjälp att bedöma?

Finns medicinska hinder som begränsar deltagande i den beskrivna aktiviteten? Finns det ur medicinsk synpunkt behov av särskilda anpassningar eller lägre omfattning initialt? Finns behov av vård eller rehabilitering som bör beaktas i den fortsatta planeringen?

Datum
2026-08-30

Socialsekreterare
Maria Svensson