Förfrågan om aktivitetsförmåga

Underlag från socialtjänsten till vårdcentralen

Namn

Personnummer

Ansvarig socialsekreterare

Telefon/e-post

☐ **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.

2. Beskrivna besvär och hinder

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

3. Frågeställning till vården

Vad behöver socialtjänsten hjälp att bedöma?

Datum

Socialsekreterare