### Uppföljning vid rehabiliteringsmöte i Tibro kommun

**Datum:**

**Närvarande vid mötet**

|  |
| --- |
|  |

**Medarbetaren**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn |  |
| Personnummer |  |
| Förvaltning/arbetsplats |  |

1. **Genomgång av föregående mötesanteckningar**
2. **Vad har hänt sedan föregående möte vad gäller:**

|  |  |
| --- | --- |
| Hälsotillstånd |  |
| Arbetsförmåga |  |
| Insatser/åtgärder |  |
| Övrigt |  |

1. **Planerade insatser/åtgärder**

|  |
| --- |
|  |

1. **Övriga kommentarer**

|  |
| --- |
|  |

**Nästa möte:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift av rehabiliteringsansvarig Underskrift av medarbetaren

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift övrig Underskrift övrig