|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Sign** | | **Tid/km** | **Anstr.grad Borg** | **Belastning** | **Kommentar/orsak** |
|  | Utfört | Ej Utfört |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Kontakta ansvarig sjukgymnast/fysioterpeut om behov och/eller förutsättningar förändras. När

tidsperioden för ordinationen är slut eller när signeringslistan är fulltecknad, **återsänd till ordinerande sjukgymnast/fysioterapeut. Vid utebliven åtgärd, var god ange klockslag.**