|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dag** | **Sign** | | **Kommentar/Orsak** |
|  | Utfört | Ej utfört |  |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **21** |  |  |  |
| **22** |  |  |  |
| **23** |  |  |  |
| **24** |  |  |  |
| **25** |  |  |  |
| **26** |  |  |  |
| **27** |  |  |  |
| **28** |  |  |  |
| **29** |  |  |  |
| **30** |  |  |  |
| **31** |  |  |  |

**Kontakta ansvarig sjukgymnast/fysioterapeut 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.**