

Lämna in rehabiliteringsrapporten till FPA senast en månad innan den tid som angetts i rehabiliteringsbeslutet löper ut. När det gäller terapiperioder under 3 månader ska rapporten lämnas in genast efter periodens slut.

## 1. Rehabiliteringsklient

Personbeteckning \_\_\_\_\_ Efternamn och förnamn \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Klientens diagnos \_\_\_\_\_

Den närståendes namn \_\_\_\_\_

Den närståendes telefonnummer \_\_\_\_\_

Serviceproducentens namn, FO-nummer och telefonnummer \_\_\_\_\_

## 2. Terapi

Rehabiliteringsbeslutet gäller \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Period som rehabiliteringsrapporten gäller \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Terapirelationens (terapeut-klient) längd när rapporten skrivs \_\_\_\_\_ år

Genomförda terapibesök \_\_\_\_\_ st.

I terapibesöket deltog: En närstående till klienten \_\_\_\_\_ gånger

Personlig assistent/egenvårdare/handledare \_\_\_\_\_ gånger

**i** Om handledningen getts av en annan terapeut ska också han eller hon fylla i blankett KU 117r (Terapirapport - Krävande medicinsk rehabilitering).

Uppgifter om terapin

Fysioterapi

Vattenterapi

Ergoterapi

Ridterapi som ges av en fysioterapeut

Ridterapi som ges av en ergoterapeut

Psykoterapi

Bildkonstterapi

Familjeterapi

Musikterapi

Talterapi

Neuropsykologisk rehabilitering

Var genomfördes terapin?

I hemmet \_\_\_\_\_ gånger

I daghemmet \_\_\_\_\_ gånger

I skolan \_\_\_\_\_ gånger

Annanstans i vardagsmiljön. Var? \_\_\_\_\_ gånger

I serviceproducentens lokaler \_\_\_\_\_ gånger

I form av videosamtal \_\_\_\_\_ gånger

### 3. Funktionsförmåga i början av terapin och gemensamt överenskomna centrala mål för terapin

Hur klarade sig och deltog klienten i dagliga aktiviteter i hemmet, i daghemmet, i skolan, i arbetet eller i andra vardagliga situationer som är viktiga för klienten när den senaste terapiperioden började? Vilka var klientens starka sidor och begränsningar?

### 4. Genomförande av terapin med beaktande av de områden som ingår i ICF-klassifikationen

Hur syntes klientens aktivitet under terapin? Hur syns den stärkta funktionsförmågan i vardagen? Används färdigheterna också i vardagliga situationer? Har de mål som den utvärderande aktören ställt upp varit realistiska? Har det varit möjligt att arbeta mot de här målen? Hur förstärktes klientens funktionsförmåga konkret i vardagen? Vilken färdighet som skulle stärka klientens funktionsförmåga/delaktighet i vardagen skulle det vara realistiskt att lära sig till följande?

Hur genomfördes terapin?

Hur aktivt deltog klienten i terapin?

Hur förband sig klientens närstående till klientens terapi och terapibesök? Vilka färdigheter har de närstående lärt sig/börjat använda för att stödja klientens utveckling/deltagande i vardagen?

Hur främjar/begränsar klientens livsmiljö klientens rehabilitering?

- Nätverksbesök i klientens vardagsmiljö \_\_\_\_\_ gånger
- Besök i anslutning till plan för småbarnspedagogik/individuell plan för hur undervisningen ska ordnas \_\_\_\_\_ gånger
- Besök i anslutning till rehabiliteringsplan \_\_\_\_\_ gånger
- Genomförda handledningsbesök i anslutning till terapin \_\_\_\_\_ gånger

Hur genomfördes nätverksbesöken?

Vad avtalades vid nätverksbesöken?

---

Vad avtalades vid handledningsbesöken?

---

Hur tog klientens närstående till sig de funktioner som de fick handledning i under handledningsbesöken för att främja klientens rehabilitering?

---

## 5. Utvärderingsmetoder

Hur bedömde du klientens funktionsförmåga i vardagen? Vilka mätinstrument använde du ([www.thl.fi/sv/web/funktionsformagan/databasen-toimia](http://www.thl.fi/sv/web/funktionsformagan/databasen-toimia))? Ange resultat, referensvärden och förändringar.

---

## 6. Måluppfyllelse med beaktande av de områden som ingår i ICF-klassifikationen

Hur drog klienten nytta av terapin och hur uppnådde klienten målen för terapiperioden? Bedöm vad som skulle vara följande realistiska mål ifall klienten behöver fortsätta terapin. Vilken färdighet eller följande viktiga sak för klienten som skulle stärka klientens funktionsförmåga/delaktighet i vardagen skulle det vara realistiskt att öva till följande?

---

Klientens och de närståendes bedömning av nyttan av terapin.

---

Har diskuterat och kommit överens med klienten och de närstående om fortsatt terapi

Ja

Nej

Samma serviceproducent fortsätter

Ja

Nej

## 7. Distribution av rapporten

---

- Rehabiliteringsklienten
- Anhörig/närstående person
- FPA
- Vårdenheten
- Annan. Vilken? \_\_\_\_\_

## 8. Bilagor

---

- Blanketten Mina mål (GAS 1r) (obligatorisk bilaga till rehabiliteringsrapporten)
- Annan bilaga. Vad? \_\_\_\_\_

## 9. Övriga upplysningar

---

- Övriga upplysningar på ett separat papper. Skriv klientens namn och personbeteckning på pappret.

## 10. Uppgifter om terapeuten samt underskrift

---

Namn och kontaktinformation för terapeuten/terapeuterna

- Jag/vi kan delta i justeringen/uppgörandet av rehabiliteringsplanen under ett nätverksbesök.

Ort och datum

Underskrift av terapeuten/terapeuterna

---