

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

1. Rehabiliteringsklient

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

2. Terapi

Rehabiliteringsbeslutet gäller _____

Period som rehabiliteringsrapporten gäller _____

Terapirelationens (terapeut-klient) längd när rapporten skrivs _____ år

Genomförda terapibesök _____ st.

Handledningsbesök i anslutning till terapi

Genomförda handledningsbesök _____ st.

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

Uppgifter om terapi

 Fysioterapi Vattenterapi Ergoterapi Ridterapi som ges av en fysioterapeut Ridterapi som ges av en ergoterapeut Psykoterapi Bildkonstterapi Familjeterapi Musikterapi Talterapi Neuropsykologisk rehabilitering

Terapi har getts

 i serviceproducentens lokaler _____ gånger vid hembesök _____ gånger någon annanstans, var? _____ gånger

3. Funktionsförmåga

Vilka var klientens starka sidor och begränsningar i fråga om de dagliga aktiviteterna när terapiperioden började?

4. Genomförandet av terapin

De områden som ingår i ICF-klassifikationen ska beaktas

Hur aktiv var klienten under terapiperioden? Vilka mål ställdes upp för terapiperioden?

Beskriv genomförandet av terapin, de anhörigas deltagande och samarbetet med det övriga närmaste nätverket.

Vilka hobbyer och motionsaktiviteter uppmanades klienten att pröva på under terapiperioden? Utföll försöken väl?

Hurdana samarbets - och nätverksbesök genomfördes?

Vad gjordes under handledningsbesöken?

5. Utvärderingsmetoder

Vilka utvärderingsmetoder tillämpades under terapiperioden? Ange också resultat, referensvärden och förändringar.

6. Måluppfyllelse under terapiperioden

De områden som ingår i ICF-klassifikationen ska beaktas

Har klienten nått de överenskomna målen? Hur klarade klienten av de dagliga aktiviteterna i slutet av terapiperioden?

Bedöm och motivera huruvida rehabiliteringen bör fortsätta.

7. Rehabiliteringsklientens egen bedömning

Klientens egen bedömning av terapins effekter

8. En anhörigs/närstående persons bedömning

En anhörigs/närstående persons bedömning av terapins effekter, av måluppfyllelsen och av handledningen och samarbetet under terapin

9. Vårdenhet

Namn och kontaktinformation för vårdenheten

10. Distribution av rapporten

Rehabiliteringsklienten

Anhörig/närstående person

FPA

Vårdenheten

Annan; vilken? _____

11. Bilagor

blanketten Mina mål (GAS 1r)

Annan bilaga; vad? _____

12. Övriga upplysningar

Övriga upplysningar på ett separat papper. Anteckna också rehabiliteringsklientens namn och personbeteckning på pappret.

13. Uppgifter om serviceproducenten och terapeuterna samt underskrift

Serviceproducentens namn

FO-nummer

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