

Patient:

Personnummer:

Datum:

REMISS TILL FYSIOTERAPEUT

Behandlingsdiagnos:.....

.....

.....

Särskilda instruktioner till fysioterapeuten:.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Passiv rörlighet (rörelseomfånget tränas utan att någon muskelkraft används)
- Aktiv avlastad rörlighet (tränar avlastat mot underlag eller mha andra armen)
- Aktiv träning (tränar med armen/benets tyngd som belastning dvs. mot tyngdkraften)

Belastning vid gång:

- Ingen belastning
- Stegmarkera
- Full belastning

Återbesök: Om ja, när?..... Nej

Remitterande läkare: