|  |  |
| --- | --- |
| Klicka här för att ange mottagning  Telefonnummer: Ange mottagningens telefonnummer | **Recept utfärdat till:**  Namn  Adress  Postadress  Personnummer |

# Fysisk aktivitet på recept (FaR)

### Anledning till recept:

Ange indikation

### Egen målsättning:

Ange patientens målsättning

### Vardagsmotion, ex promenera, cykla (Hur länge, hur ofta, hur ansträngande):

Ange vardagsmotion

### **Planerad motion/träning ex. styrketräna, simma (hur länge, hur ofta och hur ansträngande):**

Ange träning

### Övrig information, ex, behov av stödperson/ledsagare (informera patienten att stödpersonen har gratis inträde mot uppvisande av rekommendationen samt att vara ombytt och träna med patienten):

Ange övrig information

### Vid motion/träning, var försiktig med/undvik:

Ange försiktighet



### Uppföljning datum:

Ange datum

### Receptet utfärdat datum:

Ange datum

### Recept utfärdat av:

Ange namn

### Underskrift vårdgivare:

Receptet gäller endast 1 år.

Du deltar i aktiviteterna på eget ansvar och bekostar själv ev. avgifter för träning.