

Ordination av fysisk aktivitet

FaR utfärdad (datum)

av (titel, namn)

..... (enhet)

Person-nr

Namn

Adress

Postadress

Tel.nr

Orsak till ordination:

.....

Datum för uppföljning:.....

Aktuell fysisk aktivitetsnivå

Stillasittande

(markera med X, flytta markören med mellanslagstangenten)

Regelbundet
fysiskt aktiv

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Vid alternativ 1 eller 2 överlämnas till receptmottagaren att i samråd med patienten besluta om lämplig aktivitet

1 Hälsosamtal hos Friskvården i Värmland 100 kr

Friskvården i Värmland kallar patienten. Ordinationssvar skickas till ordinatören.

2 Aktivitet i gruppverksamhet

hos annan aktör eller hos Friskvården i Värmland, med uppföljning av ordinatören

Vald aktivitet.....

Namn på mottagande aktör.....

3 Ordination av egen fysisk aktivitet

i dialog och individuellt anpassad, uppföljning av ordinatören

Steg 1: Minska stillasittandet, på följande sätt.....

Steg 2: Öka vardagsaktiviteten, på följande sätt.....

Steg 3: Fysisk träning

Förslag till aktivitet 1..... 2.....

Dosering Minst _____ minuter/gång Minst _____ minuter/gång

Antal _____ ggr/vecka Antal _____ ggr/vecka

Intensitet Låg Måttlig Hög Låg Måttlig Hög

Vid hänvisning till Friskvården i Värmland, tillåter du att en kopia av din blankett skickas dit?

Ja Underskrift

För mer information kring FaR, se www.regionvarmland.se/far