

# Skattningsformulär

Namn:		Födelsedata (ÅÅMMDD):		Vårdare (t.ex. närstående):	
Tidsåtgång (alla personliga möten med person eller vårdare):			timmar		Grupp- eller individuell åtgärd:
ICD-10-kod:	1.	2.	3.		
Arb.ter. åtgärd/KVÅ-kod:	1.	2.	3.	4.	5.

**Skattning** (använd "Bilaga B. Skattningsguiden" som stöd)

Domän nr	Inledande skattning						Uppföljande skattning					
	Mål startdatum	Funktionsnedsättning	Aktivitetsbegränsning	Delaktighetsinskränkning	Bekymmer/välbefinnande (person)	Bekymmer/välbefinnande (vårdare)	Mål slutdatum	Funktionsnedsättning	Aktivitetsbegränsning	Delaktighetsinskränkning	Bekymmer/välbefinnande (person)	Bekymmer/välbefinnande (vårdare)

**Orsak till utskrivning** (markera ett alternativ)

<input type="checkbox"/> 1. Åtgärd fullföljd enligt planering	<input type="checkbox"/> 2. Arbetsterapeut avbröt åtgärd	<input type="checkbox"/> 3. Personen uteblev	<input type="checkbox"/> 4. Åtgärd avslutad, överflyttad till annan instans
<input type="checkbox"/> 5. Försämring under pågående process/ytterligare händelse	<input type="checkbox"/> 6. Personen avbröt åtgärd/skrev ut sig själv	<input type="checkbox"/> 7. Avliden	<input type="checkbox"/> 8. Annat (specificera)

**Kommentarer** .....

.....