

Avdelning	Personnummer Namn Adress Postadress Telefon
-----------	---

Bedömning

3 = kan själv och gör det
 2 = kan själv och gör det med hjälpåtgärder

1 = behöver hjälp av annan person eller motivering
 ev. kan själv men gör det inte
 0 = kan inte

klarar sig
 själv

klarar sig
 inte själv

Arbetssterapeut

Datum

	0	1	2	3
1. Äta	☐	☐	☐	☐
2. Kontinens	☐	☐	☐	☐
3. Förflyttning inne	☐	☐	☐	☐
4. Toalettbesök	☐	☐	☐	☐
5. Överflyttning	☐	☐	☐	☐
6. Av/påklädning	☐	☐	☐	☐
7. Daglig hygien	☐	☐	☐	☐
8. Matlagning	☐	☐	☐	☐
9. Bad/dusch	☐	☐	☐	☐
10. Hushållsarbete	☐	☐	☐	☐
11. Förflyttning ute	☐	☐	☐	☐
12. Kommunikation	☐	☐	☐	☐

Kommentarer: (ange datum för kommentar)