

Navn: _____ CPR: _____ Dato: _____

HELBRED	
Bevægeapparatet Smerter Respiration Vægttab Appetit Spisning Fordøjelse Søvn Hukommelse Koncentration	
AKTIVITET	
P-ADL Rengøring Madlavning Indkøb Hjemmehjælp Hjælpemidler	
DELTAGELSE	
Fritidsinteresser Arbejde	
OMGIVELSER	
Familie/Venner Socialt liv Bolig Transport	
PESONLIGE	
Humør Motivation	
MÅL/PLAN	
Mål Delmål Videre plan	