|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Sign** | **Tid** | **Kommentar/orsak** |
|  | utfört | Ej utfört |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Kontakta ansvarig sjukgymnast/fysioterapeut om behov och/eller förutsättningar förändras. När tidsperioden för ordinationen är slut eller när signeringslistan är fulltecknad, **återsänd till ordinerande sjukgymnast/fysioterapeut. Vid utebliven åtgärd, var god ange klockslag.**