

Blankett 1

Utvärdering av FaR-förskrivning (ifylles i samband med FaR-förskrivning)

Datum

Patientens namn

Personnummer Telefonnr

E-postadress

1. Förskrivare:

- Läkare
- Sjuksköterska
- Sjukgymnast
- Arbetsterapeut
- Kurator
- Dietist
- Annan

2. Nuvarande fysisk aktivitetsnivå

På fritiden är jag fysiskt aktiv sammanlagt minst 30 minuter per dag med en ansträngningsgrad, som motsvarar minst rask promenad.

Antal dagar en vanlig vecka

Antal dagar senaste veckan

3. Orsak till FaR-ordination (en eller fler)

- Övervikt/fetma
- Högt blodtryck
- Höga blodfetter
- Diabetes
- Muskel/ledbesvär
- Psykisk ohälsa
- Fysisk inaktivitet
- Annan

4. Ordinerad aktivitet enligt FaR-recept

- Promenad
- Stavgång
- Cykling
- Simning
- Styrketräning
- Gruppträning på land (gymnastik, aerobics mm)
- Gruppträning i vatten (t.ex. vattenjympa)
- Boll/racketsport
- FaR-grupp
- Annan motionsgrupp
- Annan aktivitet

5. "Receptmottagare"

- Enbart egen aktivitet
- Idrottsförening
- Anläggning för styrketräning, simning, friskvård eller liknande
- FaR-grupp
- Annan

6. Hur bedömer du att ditt allmänna hälsotillstånd är i dag?

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt