

# Recept – fysisk aktivitet



Ordinatór / Enhet	Personnr	Datum
	Namn	
	Adress	
	Telefon	

## Målsättning

--

## I vardagen

Minska stillasittandet	1:
	2:

Öka vardagsaktiviteten	1:
	2:

## Fysisk aktivitet / träning ①

Aktivitet:				
Kondition	Styrka	Rörlighet/Smidighet	Balans	Övrigt:
Antal tillfällen per vecka:		Antal minuter per tillfälle:		
Ansträngningsgrad:	Låg (Borgskala 9-11)	Måttlig (Borgskala 12-13)	Hög (Borgskala 14-17)	
Undvik eller var försiktig med:				

## Fysisk aktivitet / träning ②

Aktivitet:				
Kondition	Styrka	Rörlighet/Smidighet	Balans	Övrigt:
Antal tillfällen per vecka:		Antal minuter per tillfälle:		
Ansträngningsgrad:	Låg (Borgskala 9-11)	Måttlig (Borgskala 12-13)	Hög (Borgskala 14-17)	
Undvik eller var försiktig med:				

## Uppföljning

Återbesök: datum	tid
Telefon: datum	tid
Video: datum	tid
Annan vårdgivare:	

Receptet är giltigt max 1 år från ordinationsdatum