

Ordination av fysisk aktivitet

FaR utfärdad (datum)

av (titel, namn)

..... (enhet)

Person-nr

Namn

Adress

Postadress

Tel.nr

Orsak till ordination:

.....

Datum för uppföljning:.....

Aktuell fysisk aktivitetsnivå

Stillasittande

Regelbundet
fysiskt aktiv

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vid alternativ 1 eller 2 överlämnas till receptmottagaren att i samråd med patienten besluta om lämplig aktivitet

☐ **1 Hälsosamtal** hos Friskvården i Värmland 100 kr

Friskvården i Värmland kallar patienten. Ordinationssvar skickas till ordinatören.

☐ **2 Aktivitet i gruppverksamhet**

hos annan aktör eller hos Friskvården i Värmland, med uppföljning av ordinatören

Vald aktivitet.....

Namn på mottagande aktör.....

☐ **3 Ordination av egen fysisk aktivitet**

i dialog och individuellt anpassad, uppföljning av ordinatören

Steg 1: Minska stillasittandet, på följande sätt.....

Steg 2: Öka vardagsaktiviteten, på följande sätt.....

Steg 3: Fysisk träning

Förslag till aktivitet 1..... 2.....

Dosering Minst _____ minuter/gång Minst _____ minuter/gång

Antal _____ ggr/vecka Antal _____ ggr/vecka

Intensitet ☐ Låg ☐ Måttlig ☐ Hög ☐ Låg ☐ Måttlig ☐ Hög