

xxxx Kaupunki
Terveyspalvelut
OSOITE
Lääkinnällinen kuntoutus

Kuntoutuspalaute (MALLI)

Asiakkaan nimi:

Lähete diagnoosi:

Henkilötunnus:

Maksusitoumuksen nro:

Voimassaoloaika:

Myönnetty määrä:

Tiedot terapiasta

Terapiamuoto:	Ajanjakso, jota palaute koskee:
Toteutuneet terapiakerrat:	
Esitiedot:	

Toimintakyky jakson alkaessa

--

Terapian tavoitteet

--

Kuvaus toteutuneesta terapiasta, yhteistyö ja läheisten osallistuminen

--

Tavoitteiden saavuttaminen ja vaikutukset asiakkaan arkeen

Asiakkaan/ omaisen arvio:
Käytetyt mittarit tai arviointivälineet (esim. GAS, itsearviointi, kliininen havainnointi, tulokset ja viitearvot tarvittaessa liitteenä):

Asiakkaan toimintakyky terapian päättyessä ICF-luokituksen mukaan

Osallistuminen ja suoritukset: vahvuudet ja haasteet

--

Kehon toiminnot: vahvuudet ja haasteet

--

Toimintakykyyn vaikuttavat ympäristötekijät:

--

Yhteenveto ja jatkosuositukset

--

Terapiapalautteen jakelu:

Palveluntuottajan ja terapeutin tiedot

Palveluntuottaja:

Terapeutin nimi, ammattinimike ja yhteystiedot:

Pvm:

Allekirjoitus ja nimenselvennys: