

- i** Rapport över rehabiliteringstjänster som anordnas av FPA lämnas på blankett KU 148r. Blanketten fylls i av den ansvariga yrkesutbildade person som genomfört rehabiliteringen. Om serviceproducenten lämnar in rehabiliteringsrapporten på något annat sätt än på den här blanketten, ska rapporten innehålla samma uppgifter som då den lämnas med den här blanketten.

1. Uppgifter om klienten

Personbeteckning _____ Efternamn och förnamn _____

2. Uppgifter om rehabiliteringstjänsten

Välj den tjänst som rapporten gäller:

Yrkesinriktad rehabilitering, rehabiliteringstjänst: _____

Yrkesinriktad rehabilitering för unga, rehabiliteringstjänst: _____

Rehabilitering enligt prövning

Multiprofessionell individuell rehabilitering, tjänst: _____

Rehabiliterings- eller anpassningskurs, tjänst: _____

Min egen väg-rehabilitering

LAKU-familjerehabilitering

Neuropsykologisk rehabilitering

1:a året 2:a året 3:e året

Separata handledningsbesök för föräldrarna i fråga om klienter under 26 år

Rehabiliterande psykoterapi, tjänst (individuell terapi, grupp-, familje-, par-, musik- och bildkonstpsykoterapi): _____

1:a året 2:a året 3:e året

Separata handledningsbesök för föräldrarna i fråga om klienter under 26 år

Krävande medicinsk rehabilitering

Terapi: _____

Handledningsbesök: _____

Gruppterapi: _____

Multiprofessionell individuell rehabilitering, tjänst: _____

Rehabiliterings- eller anpassningskurs, tjänst: _____

3. Tidpunkt för genomförandet och mängden rehabilitering som genomförts

Rehabiliteringen genomfördes under tidsperioden / i följande perioder:

Tjänsten genomfördes: ____ gånger och/eller ____ dygn.

Som distansrehabilitering genomfördes: ____ gånger. I rehabiliteringen ingick digital rehabilitering som är oberoende av tid.

Vid tjänster i öppen vård, har rehabilitering genomförts i hemmet ____, i daghemmet ____, i skolan ____ och i form av besök på en verksamhetslokal ____ gånger

Närståendes deltagande i rehabiliteringen, om det ingick i genomförandet av tjänsten:

Om det är fråga om familjeterapi, antal gånger som genomförts på tu man hand med klienten: ____ gånger.

I familjeterapi kan ingå möten på tu man hand med klienten bara enstaka gånger.

Handledningsbesök för närstående

(terapier inom ramen för krävande medicinsk rehabilitering, rehabiliterande psykoterapi för unga i åldern 16–25 år och neuropsykologisk rehabilitering för unga i åldern 16–25 år)

Genomförda handledningsbesök: ____ besök.

Om handledningen getts av en annan terapeut ska denna fylla i en egen rapportblankett över handledningsbesöken.

4. Klientens utgångsläge när rehabiliteringen inleds

Klientens helhetsituation när rehabiliteringen inleds och de viktigaste begränsningar i funktionsförmågan som sjukdomen orsakar och deras inverkan på förmågan att klara av dagliga aktiviteter, på deltagandet och eventuellt på studie-/arbetsförmågan. Vid yrkesinriktad rehabilitering för unga en kort beskrivning av den ungas funktionsförmåga och helhetssituation samt av deras inverkan på arbets- och studieförmågan. Genomförda inledande mätningar och deras viktigaste resultat (vid rehabiliterande psykoterapi bl.a. CORE-OM):

5. Plan för rehabiliteringen och gemensamt överenskomna centrala målsättningar

Centrala och konkreta mål för att förbättra funktionsförmågan som kommits överens om med klienten och som man vill uppnå med rehabiliteringen. Hurdan plan har man för att uppnå målen? Hurdana yrkesinriktade mål har en klient som har mål i arbetslivet i en ålder då man studerar eller arbetar, genom vilka mål stöder man en förbättring av arbets- eller studieförmågan?

6. Genomförandet av rehabiliteringen

Vilka rehabiliteringsmetoder och -former har använts för att uppnå klientens rehabiliteringsmål? Hur har rehabiliteringen genomförts? Skriv in eventuellt nätverksarbete som genomförts och de saker som kommits överens om i samband med det (beakta också eventuellt arbete med närstående).

7. Måluppfyllelse och slutbedömning / Eventuella fortsatta mål som ställts upp för rehabiliteringen

Hur har klientens situation förbättrats i förhållande till de uppställda målen? Vilka är de fortsatta målen för rehabiliteringen och motiveringen till eventuellt fortsatt behov av rehabilitering? Om klienten har mål för studierna eller arbetslivet eller klienten studerar/arbetar, hur har de mål som gäller studie- och arbetsförmågan uppnåtts? Också klientens eventuella yrkesplan för fortsättningen inklusive samarbetspartner skrivs in här. Klientens och de närståendes bedömning av nyttan av terapin. Genomförda mätningar när rehabiliteringen avslutas och deras viktigaste resultat (GAS, vid rehabiliterande psykoterapi bl.a. CORE-OM):

8. Distribution av rapporten

Skicka alltid rapporten till klienten och till FPA. Med klientens samtycke kan rapporten skickas till en närstående / vårdenheten / någon annan aktör. Beakta i fråga om minderåriga klienter eventuell distribution till vårdnadshavaren / vårdnadshavarna.

Distribution av rapporten förutom till klienten och FPA (kryssa för):

Vårdnadshavaren, namn: _____

Närstående, namn: _____


Vårdenheten, namn: _____

Annan aktör, namn: _____

9. Bilagor

- Blanketten Mina mål (GAS 1) (obligatorisk bilaga till rehabiliteringsrapporten med undantag av rehabiliterande psykoterapi)
- Annan bilaga; vilken? (Övriga bilagor som eventuellt krävs enligt servicebeskrivningen skrivs in här)
-

10. Övriga upplysningar

-  Ange med en siffra vilken punkt på blanketten du hänvisar till.

-
- Övriga upplysningar på ett separat papper. Skriv in klientens namn och personbeteckning på pappret.

11. Serviceproducentens namn / kontaktinformation till den ansvariga yrkesutbildade person som genomfört rehabiliteringen

12. Underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och kommer att meddela om de ändras.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande
