# Samverkan arbetslivsinriktad rehabilitering - UPPFÖLJNING flerpartsmöte

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UPPFÖLJNINGSFORMULÄR** |  | **Datum:**   |  | **Planering nummer:**  |
| **Namn:**   | **Personnummer:**   |
|  |  |  |  |
| **Medverkande** **namn och kontaktuppgifter:**  |   |
|  |  |  |  |
| **Huvudmål:**  |   |
| **Aktuell situation:** |  |
|  |  |  |  |
| **Delmål från föregående möte:**  | **Åtgärd:**  | **Ansvarig:**  |  | **Tidsplan:**  |  | **Resultat: (fylls i på planering nr 2)**  |
|   |   |   |   |  |   |
|   |   |   |   |  |   |
|   |   |   |   |  |   |
|   |   |   |   |  |   |
|   |   |   |   |  |   |
|   |   |   |   |  |   |
| **Nya delmål:**  | **Åtgärd:** | **Ansvarig:** | **Tidsplan:** |  | **Resultat: (fylls i på planering nr 3, om aktuellt)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Övrig information:** Här kan man skriva övrig information som inte hör till delmål eller aktuell situation men som är viktigt att ta med, exempelvis att en ny part ska bjudas in nästa möte, om personen har preferenser har önskemål kring mötet så som datum. Kolumnen används vid behov.  | **Uppföljning**Datum och tid:Plats:  |

 **Samverkan arbetslivsinriktad rehabilitering - plan flerpartsmöte**

**DocPlus-ID:** DocPlusSTYR-28302

**Version:** 4

**Handlingstyp:** Riktlinje