# Samverkan arbetslivsinriktad rehabilitering - Uppföljning plan flerpartsmöte

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uppföljning flerpartsmöte** |  | **Datum:**  |  | **Planering nummer:**  |
| **Namn:**   | **Personnummer:**  |
|  |  |  |  |
| **Medverkande:** |  |
|  |  |  |  |
| **Huvudmål:**  |  |
| **Aktuell situation:** |  |
| **Uppföljning av föregående planering:**  | (Gå igenom föregående planering, utvärdera samtliga åtgärder) |
|  |  |  |  |
| **Åtgärd:**  | **Ansvarig:**  |  | **Tidsplan:**  |  | **Resultat: (fylls i på planering nr 2)**  |
|  |  |   |  |   |
|   |  |   |  |   |
|  |   |   |  |   |
|  |   |   |  |   |
|  |   |   |  |   |
|  |  |   |  |   |
|  |
| **Sammanfattning och fortsatt planering:** (Sammanfatta planering framåt och förtydliga om ytterligare samverkan behövs, i så fall hur? Vid behov skriv åtgärd, ansvarig och tidsplan |