# 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 | | | | | | | |