



# Min Rehab-plan



Fortsatt rehabilitering efter sjukhuset:

---

---

Aktiv rehabilitering avslutad. Egen träning:

---

---

---

## Vårdkontakt efter utskrivning från strokeenheten:

Namn: \_\_\_\_\_

Adress/epost: \_\_\_\_\_

Tel nr: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Vårdavdelning: \_\_\_\_\_

Läkare: \_\_\_\_\_

Strokesjuksköt: \_\_\_\_\_

Sjukgymnast: \_\_\_\_\_

Arbetsterapeut: \_\_\_\_\_

Logoped: \_\_\_\_\_

Egna anteckningar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

