

Fysisk aktivitet på recept för vuxna



Namn _____ Datum ____ / ____ / ____

Personbeteckning _____

Nuvarande regelbunden fysisk aktivitet

		Dagar/vecka	Tim/vecka	Min/vecka
Uthållighetskondition	Lätt, litet andfådd			
	Raskt, måttligt andfådd			
	Ansträngande, kraftigt andfådd			
Muskelkondition				
Balans, koordination och smidighet (speciellt för över 65-åringar)				

Tillräcklighet av fysisk aktivitet ur hälsosynpunkt

tillräcklig otillräcklig

Avbrytningen av stillasittandet med minst 2 timmars mellanrum

uppfylls uppfylls inte är inte möjlig

Målsättning för fysisk aktivitet

Rekommendation för fysisk aktivitet

Aktivitetsformer eller -grenar	Dagar/vecka	Tid/dag minuter	Ansträngningsgrad	
			Lätt / Raskt / Ansträngande	Upplevd ansträng- ningsgrad (6–20)

Tilläggsråd

- Broschyr _____
- Yrkesperson _____ tfn. _____
- Annat _____

Uppföljning av förverkligandet

Yrkesperson _____ tfn. _____

- Besök ____ / ____ / ____ kl ____ : ____
- Telefon ____ / ____ / ____ kl ____ : ____
- E-post ____ / ____ / ____ Klientens e-post: _____ @ _____

Receptet utfärdades av: _____
namn och underskrift