**TERAPIJOURNAL**

 Patientens namn och personnummer

Behandlingsdiagnos:

Ställd av läkare: ja nej

Relevanta läkemedel:

Utgångsläge (även läkarens beskrivning):

Målsättning/läkarens målsättning:

 -----------------------------------------

 Datum: Terapeutens namn och signatur

**Behandlingsplan**  Datum: Signatur:

Målsättning för din terapi:

Terapiinnehåll:

Patientens samtycke:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Terapisammanfattning**

Diagnos Antal behandlingar: Perioden:

Terapimålsättning

Förlopp:

Resultat:

Bedömning:

Hur mycket upplever du att Inget Väldigt

patienten har förbättrats alls\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mycket

I förhållandet till din terapimålsättning?

Datum: Terapeutens namn och signatur: