

Dato:

Behandlingsforløb

Behandlingseffekt

Vurdering af behandlingsresultat

Er målet opfyldt:

- 1) Patientens mål: Ja / nej
- 2) Terapeutisk mål: Ja / nej

Funktionstest

Test gennemført:

Maximale watt:

Eventuel forbedring:

Fase 3

Eventuel anbefaling af fortsat behandling eller yderligere tiltag.

Underskrift Fysioterapeut