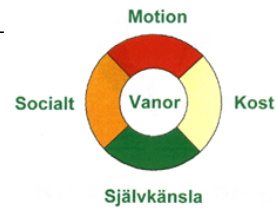


SMART-plan

Handlingsplanen i Min vardag



Specifikt: Vad ska jag göra? När? Hur?

1. _____
2. _____
3. _____



Målsättningar: Hur utvärderas målen?

1. _____
2. _____
3. _____



Anpassad: Vilka hinder och problem kan jag komma att stöta på? Har jag olika alternativ?

1. _____
2. _____
3. _____



Realistiskt: Hur löser jag mina eventuella hinder?

Tidseffektivt: Hur känns Min plan?

Bra / genomförbar eller Svårt att klara av



Gävle Friskvård & Psykologmottagning Datum: _____
Klientens namn: _____ Pers. nr: _____ - _____