

ANSÖKAN om rehabilitering utomlands

Datum

Insänds till sjukvårdshuvudman tillsammans med
"LÄKARINTYG för rehabilitering utomlands"

Personnr

Namn

Adress

Tfn, hem

Tfn, arbete

Härmed ansöker jag om rehabilitering utomlands

Efternamn och förnamn		Kön ☐ Kvinna ☐ Man		Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)		Telefon, bostad (även riktnr)		Telefon, arbete (även riktnr)
Postnummer och postort		Titel, sysselsättning		
Förvärvsarbete		Är för närvarande sjukskriven till ☐ 100 % ☐ 75 % ☐ 50 % ☐ 25 %		
Ålderspensionär/Förtidspensionär/Sjukbidrag ☐ 100 % ☐ 75 % ☐ 50 % ☐ 25 %		Annat		
Närmast anhörig, namn		Telefon, bostad (även riktnr)		Telefon, arbete (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box etc)		Postnummer och postort		
Mina förväntningar och målsättning med rehabiliteringen				
.....				
.....				
Eventuella önskemål (t ex rehabiliteringsanläggning och tidpunkt)				
Jag lämnar mitt tillstånd att rehabiliteringsanläggningen vid behov får inhämta upplysningar och journaler som har betydelse för mitt hälsotillstånd				
☐ Ja ☐ Nej				
Om min ansökan bifalles förbinder jag mig att följa gällande föreskrifter för resa och rehabiliteringsanläggning				
Namnteckning				

Ifylles av läkare som utfärdat intyget

Patientens arbetsförmåga är		☐ nedsatt med minst hälften pga sjukdom		☐ nedsatt med minst hälften om inte vården kommer till stånd
Datum och läkares underskrift		Namnförtydligande		
		Telefon (även riktnr)		Telefax (även riktnr)

Ifylles av uttagningsläkare

Patienten är lämplig för rehabilitering utomlands		☐ Ja ☐ Nej	
Om nej, ange orsak			
Datum och läkares underskrift		Namnförtydligande	
		Telefon (även riktnr)	
		Telefax (även riktnr)	

Övriga anteckningar

--	--