

LÄKARINTYG
för rehabilitering utomlands
Ifylls med skrivmaskin eller textas
Bifogas "ANSÖKAN om rehabilitering utomlands"

Neurologiska sjukdomar

Personnr

Namn

Adress

Tfn, hem

Tfn, arbete

Inrättning, klinik, avd/mottagn, vårdcentral, privatmottagn		
Diagnos	Längd, cm	Vikt, kg

Sjukhistoria, debut, förlopp, aktuell problematik, psykiska faktorer

Medikamentell behandling (preparat och dos): Överkänslighet/Varning

Mål för rehabiliteringen

Tidigare rehabilitering utomlands ☐ Ja ☐ Nej	År	Anläggning
Rehabilitering senaste året i Sverige ☐ Ja ☐ Nej	Tid	Anläggning
Vårdad senaste året på sjukhus ☐ Ja ☐ Nej	Tid	Sjukhus
Indikation för rehabilitering utomlands är ☐ tungt vägande ☐ rimlig ☐ tveksam	Patienten bedöms kunna medverka ☐ mycket aktivt ☐ aktivt ☐ passivt	

Patienten behöver egen medföljande personlig assistent/vårdare ☐ Ja ☐ Nej			Om Ja, skall UPPGIFTER om personlig assistent/vårdare fyllas i när rehabilitering beviljats		
Hjälpbehov vid: Födointag ☐ Helt ☐ Delvis ☐ Nej	Toalettbesök ☐ Helt ☐ Delvis ☐ Nej	Av-/Påklädning ☐ Helt ☐ Delvis ☐ Nej			
Personlig hygien ☐ Helt ☐ Delvis ☐ Nej	Förflyttning stol/säng ☐ Helt ☐ Delvis ☐ Nej	Hjälp nattetid ☐ Helt ☐ Delvis ☐ Nej			
Gångförmåga, orkar på väg, meter ☐ Inga gånghjälpmedel ☐ En käpp	☐ Två käppar ☐ Rollator	☐ Rullstol ☐ Elektrisk rullstol			

Patienten kan stå på sina ben ☐ Ja ☐ Nej			Finns medicinskt motiv att patienten får ta med sig elektrisk moped utomlands ☐ Ja ☐ Nej					
Status	U.a.	Kommentar	Rörelsehinder	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade	Kommentar
Syn	☐		Arm höger	☐	☐	☐	☐	
Hörsel	☐		Arm vänster	☐	☐	☐	☐	
Tal	☐		Ben höger	☐	☐	☐	☐	
Tuggar/Sväljer	☐		Ben vänster	☐	☐	☐	☐	
Hjärta	☐		Ataxi	☐	☐	☐	☐	

Trycksår	☐ Ja ☐ Nej	Psykiska symtom	☐ Inga ☐ Omdömesdefekt ☐ Paranoida tankar	☐ Avtrubning
Annat sår	☐ Ja ☐ Nej	☐ Initiativlöshet	☐ Extrem trötthet/slöhet	☐ Annat
Urininkontinens	☐ Ja ☐ Nej	Patienten tål värme ☐ Ja ☐ Nej		
Har kateter	☐ Ja ☐ Nej	Kommentar		
Ofta urinvägssinf	☐ Ja ☐ Nej			
Avf-inkontinens	☐ Ja ☐ Nej			

Kommentar

Missbruksproblem ☐ Ja ☐ Nej

Har patienten någon smittsam (anmälningspliktig) sjukdom ☐ Ja ☐ Nej

Härmed intygas att patienten är lämplig för rehabilitering utomlands	BESLUT Landstingets uttagningssläkare	☐ Bifall ☐ Avslag
Datum och namnteckning	Datum och namnteckning	
Namnförtydligande	Namnförtydligande	
Telefon (även riktnr)	Telefax (även riktnr)	Telefon (även riktnr) Telefax (även riktnr)