

LÄKARINTYG

för rehabilitering utomlands

Ifylls med skrivmaskin eller textas

Bifogas "ANSÖKAN om rehabilitering utomlands"

Inrättning, klinik, avd/mottagn, vårdcentral, privatmottagn

Diagnos

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

Gånghjälpmedel

☐ Inga gång-
hjälpmedel ☐ En käpp

☐ Två käppar ☐ Rollator

☐ Rullstol ☐ Elektrisk
rullstol

Patienten kan stå på sina ben

☐ Ja ☐ Nej

Klarar kuperad terräng

☐ Ja ☐ Nej

Finns medicinskt motiv att patienten får ta med sig elektrisk moped utomlands

☐ Ja ☐ Nej

Ledatatus

	Tryckömhät		Rörelsesmärta		Ledsvullnad		Kontraktur/ Felställning		Ev ledprotes	
Nacke	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej
Axlar	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej
Armbågar	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej
Handleder	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej
Fingerleder	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej
Ryggleder	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej
Höfter	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej
Knäleder	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej
Fotleder	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej
Tåleder	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej	☐ Ja	☐ Nej

Reuma-kirurgiska operationer av betydelse

Instabilitet C1/C2, mm

Aktuella röntgen-
resultat bifogas

Sår

☐ Ja ☐ Nej

Psoriasis

☐ Ja ☐ Nej

Osteoporos

☐ Ja ☐ Nej

Lungsymtom

☐ Ja ☐ Nej

Hjärtsymtom

☐ Ja ☐ Nej

Ev kommentar

Har patienten någon smittsam (anmälningspliktig) sjukdom

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, ange vilken

Missbruksproblem

☐ Ja ☐ Nej

Kommentar

Aktuellt Hb, g/l

SR, mm

Urinstatus

Labprover som skall tas under rehabiliteringstiden (vilka och hur ofta)

Härmed intygas att patienten är lämplig för rehabilitering utomlands
Datum och namnteckning

BESLUT Landstingets uttagningsläkare
Datum och namnteckning

☐ Bifall ☐ Avslag

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Telefon (även riktnr)

Telefax (även riktnr)

Telefon (även riktnr)

Telefax (även riktnr)