Region Jönköpings län

ANSÖKAN OM INTENSIV CANCERREHABILITERING

	(Flytta ner per nr och ta bort mobilnr) Personnummer (år, månad, dag och nummer) Namn Adress Telefonnummer E-postadress
Närmast anhörig	Anhörigs telefonnummer
Finns det minderåriga barn i familjen? ☐ Ja ☐ Nej	Har du minderåriga barn eller annan nära anhörig som kräver din omsorg? ☐ Ja ☐ Nej
Tidigare intensiv cancerrehabilitering År ☐ Ja ☐ Nej	Anläggning
Beskriv de sjukdomsrelaterade problem du upplever i din vardag	
Beskriv hur din rehabilitering har sett ut under det senaste året, (tillägg) även sådant du gjort utanför sjukvården.	
Beskriv din målsättning med rehabvistelsen	

Har du deltagit i

Fysioterapi/sjukgymnastik ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej	Bassängträning ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Lymfterapi ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej	Dietistrådgivning ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Psykosocialt stöd ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej	(Ändra till) Mötesplats cancer ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
(ändra till) Arbetsterapi ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej	"Hjärtats hus" ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Annat, vad?	

Jag godkänner att journalkopior får skickas till rehabiliteringsanläggning	
☐ Ja	☐ Nej

© Region Jönköpings län RjL1135 Version 2 2018.06

Underskrifter

Ort och datum	
Namnteckning sökande	Namnförtydligande

Uttagningskommitténs beslut och motivering

☐ Bifall ☐ Avslag	Motivering till avslag
Datum	Namnteckning Uttagningsläkare

© Region Jönköpings län RjL1135 Version 2 2018.06