

# ANSÖKAN om rehabilitering utomlands

Datum



Insänds till nedanstående adress tillsammans med  
"LÄKARINTYG för rehabilitering utomlands"

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel  
291 89 Kristianstad

Personnummer

Namn

Utdelningsadress (gata, box etc)

Postnummer Postort

Telefon bostad

Telefon arbete

Mobilnummer

E-postadress

Förvärvsarbetande		Titel, sysselsättning		Kön			
<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid			<input type="checkbox"/> Kvinna	<input type="checkbox"/> Man		
Ålderspension/Sjukersättning/Aktivitetsersättning			Är för närvarande sjukskriven till				
<input type="checkbox"/> 100 %	<input type="checkbox"/> 75 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 25 %	<input type="checkbox"/> 100 %	<input type="checkbox"/> 75 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 25 %
Närmast anhörig, namn			Telefon bostad (även riktnr)		Telefon arbete (även riktnr) el mobil		
Utdelningsadress (gata, box etc)			Postnummer	Postort			

Mina förväntningar och målsättning med rehabiliteringen. Vid behov komplettera gärna med egen bilaga eller skriv på baksidan

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

Jag lämnar mitt tillstånd att namn och adress får lämnas ut till övriga rehabiliteringsdeltagare

Ja  Nej

Om min ansökan bifalles förbinder jag mig att följa gällande föreskrifter för resa och rehabiliteringsanläggning

Namnteckning

Ifylles av Region Skånes uttagningsläkare

Bifall  Avslag

Datum och läkares underskrift

Namnförtydligande

Telefon (även riktnr)

Telefax (även riktnr)