



”ANSÖKAN OM REHABILITERING UTOMLANDS” bifogas.

LÄKARINTYG UTLANDSVÅRD

Hudsjukdom - psoriasis

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon

Mobil

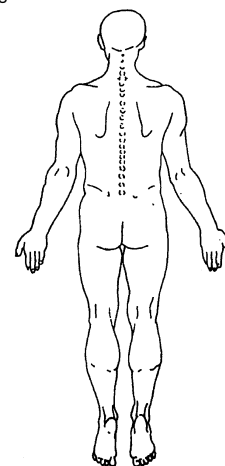
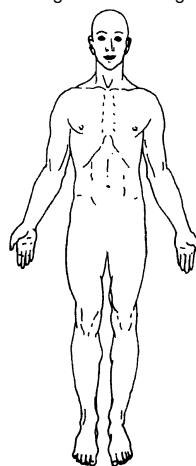
E-post

<input type="checkbox"/> Bifall	Datum	<input type="checkbox"/> Avslag	Datum
Tidigare utlandsvård	Under tiden	Plats	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

Diagnos/diagnoskod			
Patienten bedöms som			
<input type="checkbox"/> Lättskött	<input type="checkbox"/> Tungskött		
Indikation för utlandsvård			
<input type="checkbox"/> Rehabilitering	<input type="checkbox"/> Avlastning av familj	<input type="checkbox"/> Humanitära skäl	
Indikationen är		Patienten bedöms kunna medverka	
<input type="checkbox"/> Tungt vägande	<input type="checkbox"/> Rimlig <input type="checkbox"/> Tveksam	<input type="checkbox"/> Mycket aktivt	<input type="checkbox"/> Aktivt <input type="checkbox"/> Passivt

Sjukhistoria

Första symptom på psoriasis år	Ålder vid första symptom		
Sedan dess har psoriasis förändringar funnits			
<input type="checkbox"/> Oavbrutet	<input type="checkbox"/> Längre period	<input type="checkbox"/> Kortare period	
Patienten har vårdats på hudklinik för psoriasis		Senast, år	Sjukhus, namn
<input type="checkbox"/> 1 gång	<input type="checkbox"/> Flera gånger		
Längsta symptomfria period efter behandlingsperiod			
<input type="checkbox"/> 1 månad	<input type="checkbox"/> 3 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader	<input type="checkbox"/> 1 år <input type="checkbox"/> Mer än 1 år
Patienten blir sommartid bättre			
<input type="checkbox"/> Regelbundet	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Ej bättre	<input type="checkbox"/> Sämre
Patienten blir bättre vid ljusbehandling			
<input type="checkbox"/> Regelbundet	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Ej bättre	<input type="checkbox"/> Sämre
Patienten blir bättre av		Längsta symptomfria period	
<input type="checkbox"/> Klimatvård			
Patienten har för närvarande psoriasisförändringar på följande kroppsområden		Hudförändringens utbredning vid undersökningstillfället	
<input type="checkbox"/> Armar	<input type="checkbox"/> Ben	<input type="checkbox"/> Bål	<input type="checkbox"/> Hårbotten
<input type="checkbox"/> Ansikte	<input type="checkbox"/> Naglar		
Patientens psor brukar försämrans vid halsinfektioner och övre luftvägsinfektioner			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Patientens psor brukar försämrans av psykogena moment, stress och dylikt			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Aktuell salvbehandling			
Aktuell ljusbehandling			
Aktuell tablettbehandling			
Psoriasisförändringarnas ungefärliga utbredning markeras genom förstreckning på bilden.			



Namn	Personnummer
------	--------------

Övriga mediciner
Ledförändringar <input type="checkbox"/> Föreligger ej <input type="checkbox"/> Lätta <input type="checkbox"/> Måttliga <input type="checkbox"/> Uttalade
Ledförändringarna engagerar <input type="checkbox"/> Fingerleder <input type="checkbox"/> Handleder <input type="checkbox"/> Övriga leder
Övriga sjukdomar

Fysisk aktivitet, rörelseförmåga <input type="checkbox"/> Obehindrad <input type="checkbox"/> Något nedsatt <input type="checkbox"/> Starkt nedsatt <input type="checkbox"/> Kan delta i friluftsbad
Hjälpbehov <input type="checkbox"/> Dag <input type="checkbox"/> Natt <input type="checkbox"/> Inget Anmärkning
Rökning/röker <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hur mycket/dag
Tablettmissbruk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, specificera
Spritmissbruk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, specificera
Alkoholivård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, när Var
Är patienten veterligen fri från smittsam sjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, specificera
Något särskilt att beakta med hänsyn till flygresor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, specificera

Status	Cor
Blodtryck	Pulm

Övriga anmärkningar gällande anamnes m m (specificera även nedsatt rörelseförmåga samt hjälpbehov)

--

Underskrift

Ort och datum	
Läkare, namnteckning	Namnförtydligande
Ort och datum	
Uttagningsläkare, namnteckning	Namnförtydligande