

PATIENTANSÖKAN

Externa rehabiliteringsprogram/habilitering

Namn	Personnummer	
Adress	Tfn	
Postadress	Mobil	
E-postadress		
Sysselsättning	Tfn arb	
Närmast anhörig	Tfn Tfn arb	
Eventuella önskemål (t ex rehabiliteringsanläggning och tidpunkt)		
Målsättning med din sökta rehabilitering?		
Tränar/aktiverar du dig idag? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, med vad? Om nej, varför?		
Har kontakt med Arbetsterapeut	Namn:.....	Telefon:.....
Kurator	Namn:.....	Telefon:.....
Sjukgymnast	Namn:.....	Telefon:.....

Aktivitet			
Kan stå	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Kan gå i trappor	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Klarar kuperad terräng	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Gångsträcka ange meter			
Hjälpbehov			
Födointag	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Personlig hygien	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
På-/avklädning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Nattetid	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Förflyttning stol/säng	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Toalettbesök	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
RIK	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Läkemedelshantering	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Har personlig assistent	Ja <input type="checkbox"/>	Antal timmar/vecka
Medföljer personlig assistent/vårdare	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Har du personlig assistent, tänk då på att i god tid informera assistentens arbetsgivare att du sökt rehabilitering.			
Omgivningsfaktorer med mera			
Använder käpp	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Rollator	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Rullstol	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Elektrisk rullstol	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Ventilator/respirator	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Pacemaker/inop stimulator	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Synhjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Hörselhjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Kommunikationshjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Behov av lift	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Övrigt			
Allergi/Överkänslighet: Om ja, ange vad:			
Annat:			

Jag samtycker till att mina personuppgifter samt nödvändig information om min vård, behandling och vårdkontakter får delas mellan utförare av hälso- och sjukvård för Extern Rehabilitering, Västra Götalandsregionen och aktuella vårdgivare. Detta innebär att vi kan läsa aktuella journalanteckningar från dina vårdgivare.

Jag samtycker till att i förekommande fall aktuella uppgifter om min vård och behandling får diarieföras hos Extern Rehabilitering, Västra Götalandsregionen för framtida statistik samt ekonomisk redovisning.

Rehabiliteringsprogrammet bekostas av Västra Götalandsregionen. För att få ut maximalt behandlingsresultat får ingen alkohol eller drog användas under rehabiliteringen. Om medicinskt motiverat kommer vi att be dig lämna blodprov i förväg för ett s.k. Peth-test. Vid eventuellt missbruk/misskötsel under rehabiliteringsperioden kan din vistelse komma att avbrytas i förtid på egen bekostnad.

Om du opereras/drabbas av sjukdom/symtom eller annat som kan utgöra en risk/hinder för resan eller rehabiliteringen, så ska du meddela detta till remitteringssektariatet så fort som möjligt. Handläggaren samråder i sådant fall med uttagningsläkaren.

Jag har svarat sanningsenligt på frågorna ovan. Jag har tagit del av ovanstående information och är införstådd med densamma.

.....
Underskrift Datum