

# Patientansökan extern rehabilitering

Endast för rehabilitering som sker i regi av Västra Götalandsregionen

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

  

Adress	Tel/mobil
Postadress	
Närmast anhörig	Tel närm. anhör.
Arbetar/studerar %	
Arbetsuppgifter	

  

Beskriv din egen målsättning med den rehabilitering du ansöker om

  

Tränar/aktiverar du dig idag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja, med vad?		
Om nej, varför inte?		

  

Om du har kontakt med arbetsterapeut, fysioterapeut eller kurator ange namn och telefon

Arbetsterapeut

Fysioterapeut (sjukgymnast)

Kurator/psykolog

  

Har du tidigare erhållit en sammanhållen rehabiliteringsperiod?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, var? När? Hade insatsen god effekt?		

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

Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholdrycker?

Aldrig	<input type="checkbox"/>
1 gång i månaden	<input type="checkbox"/>
2-4 gånger i månaden	<input type="checkbox"/>
2-3 gånger i veckan	<input type="checkbox"/>
4 gånger i veckan eller oftare	<input type="checkbox"/>

Använder du droger i någon form? Ja  Nej

Hur lång är du?	Vad väger du?
-----------------	---------------

Vilka läkemedel behandlas du med? Ange dos av såväl tableter, injektioner som dropp.

Är du allergisk mot något läkemedel? Ja  Nej

Om Ja, ange vilket:

Har du någon annan allergi eller överkänslighet? Ja  Nej

Om Ja, vad?

Har du genomgått några reumakirurgiska operationer? Ja  Nej

Om Ja, när?

Har du några ledproteser? Ja  Nej

Om Ja, vilka leder?

Har du kända reumatiska förändringar i halsryggraden? Ja  Nej

Kan du stå? Ja  Nej

Kan du gå i trappor? Ja  Nej

Klarar du kuperad terräng? Ja  Nej

Hur långt kan du gå? Ange gångsträcka i meter .....

Behöver du hjälp med dagliga personliga aktiviteter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
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"/>
Toalettbesök	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Hjälp nattetid	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Läkemedelsbehandling	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>

Namn	Personnummer	
Använder du något hjälpmedel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja, fyll i nedan:		
Käpp/kryckor	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Rollator	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Rullstol	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Elrullstol	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Behov av lift vid förflyttning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Pacemaker/stimulator	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ventilator/CPAP	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Synhjälpmedel annat än glasögon	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Klarar du en längre flygresa?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tål du värme?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Medföljer personlig assistent/vårdare	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja, måste du i god tid meddela assistentens arbetsgivare att du sökt rehabilitering!		
Övrigt du önskar meddela oss		

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.

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 remitteringssekreteriatet så fort som möjligt. Handläggaren samråder i sådant fall med uttagningssläkaren.

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

\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift

\_\_\_\_\_  
Datum och ort