

## Ansökan om rehabilitering

Önskad tid \_\_\_\_\_

Efternamn, förnamn (tilltalsnamnet understruket)		Personnr
Gatuadress	Län	Telefon
Postnr	Postadress	Civilstånd

Närmast anhörig	Telefon hem	Telefon arbete
Kontaktperson (ex kurator)	Telefon	Tidigare vistelse på Sommarsol
Rehabsamordnare	Telefon	År
Jag har personlig assistent hemma	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	E-post
Medföljer personlig assistent	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> eller annan medhjälpare	Antal timmar/dygn

Behöver hjälp med:	Ja	Nej	Personlig hygien	Ja	Nej	
<b>Förflyttning</b> Utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bad, dusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rullstol, manuell
Köra rullstol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tvättning, övre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rullstol, el
Från rullstol till säng/toalett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tvättning, nedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rollator, gånghjälp.
<b>Måltider</b> Framtagning av mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tandborstning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lyft
Matning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rakning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ortop. bandage
<b>Specialkost:</b> _____			Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kateter
<b>Hjälp med</b> Medicin: _____			Påklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inkontinensskydd
Injektioner: _____			Avklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stomi
Hjälp nattetid: _____			Smittsam anmälningspliktig sjukdom			<input type="checkbox"/> Talsvårigheter
			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Synskada

### Övriga upplysningar:

Läkarutlåtande		
<b>Diagnos:</b>		Sjukdomsdebut år
	<b>Sjukdomshistoria (ange ev. hjärtkomp. epilepsi)</b>	
<input type="checkbox"/> Omläggning		<b>Logoped</b>
<input type="checkbox"/> Missbruksproblem		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Waran el. AP		<b>Arbetsterapeut</b>
<input type="checkbox"/> Diabetes		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Demens	<b>Aktuell medicinering – bifoga aktuell medicinlista</b>	
<input type="checkbox"/> Omdömeseffekt		<b>Träningsrestriktion</b>
<input type="checkbox"/> Initiativlöshet	<b>Målsättning med träning på Sommarsol</b>	
<input type="checkbox"/> Irritabilitet		
<input type="checkbox"/> Aggressivitet		
Datum	Underskrift av läkare/namnförtydligande	Tjänsteställe

**Ansökan insändes till den instans som beviljar rehabiliteringsbidrag.**

Vistelsen på Sommarsol avser tiden	eller sammanlagt	dagar
<b>Betalningsansvarig och fakturaadress</b>		
Underskrift och namnförtydligande	Telefonnummer	