

Ansökan om rehabilitering

Önskad tid _____

Efternamn, förnamn (tilltalsnamnet understruket)		Personnr
Gatuadress	Postadress	Län
Telefon	E-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	
Förflyttning 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.
Måltider 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
Specialkost: _____			Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kateter
Hjälp med 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

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

Ansökan insändes till den instans som beviljar rehabiliteringsbidrag.

Vistelsen på Sommarsol avser tiden	eller sammanlagt	dagar
Betalningsansvarig och fakturaadress		
Underskrift och namnförtydligande	Telefonnummer	