

PATIENTANSÖKAN

Externa rehabiliteringsprogram

Namn:		Personnummer:
Adress:		Tfn/mobil:
Postadress:		E-post:
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:	Tfn:
Kurator	Namn:	Tfn:
Psykolog	Namn:	Tfn:
Fysioterapeut/ Sjukgymnast	Namn:	Tfn:

Personnummer:		Namn:	
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"/>
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			
Använda 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"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Pacemaker/inop stimulator	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Synhjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Hörselhjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Kommunikationshjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Behov av lift	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Övrigt			
Allergi/överkänslighet: Om ja ange vad:			
Annat:			

- Jag lämnar tillstånd till att kompletterande uppgifter om mitt hälsotillstånd får inhämtas av rehabiliteringshandläggare/uttagningsläkare.

Ja Nej

- Rehabiliteringsprogrammet bekostas av Region Halland. För att få ut maximalt behandlingsresultat får alkohol eller droger inte användas under vistelsen. Vid eventuellt missbruk kan rehabiliteringen komma att avbrytas i förtid och du får då själv betala hemresan.

Underskrift

Datum