

Rehabiliteringsprogrammet består av fem träningsdagar per vecka, minst fyra träningstillfällen per dag, varav minst ett tillfälle är individuellt.

Föreläsningar och informationsmöten hålls på eftermiddagar och kvällar. Tränings- och behandlingstillfällen, föreläsningar och informationsmöten är obligatoriska.

Patientavgiften är samma som slutenvårdsavgiften.

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

Adress	Närmaste anhörig
Postadress	
Telefon/mobil	Telefon/mobil närmast anhörig

Sjuk-/Aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/> Ja	%
Sjukskriven	<input type="checkbox"/> Ja	%
Arbetar/studerar	<input type="checkbox"/> Ja	%
Sysselsättning		

Beskriv dina besvär och vad du vill uppnå med intensiv behandling och rehabilitering för ditt lymfödem:

Har du tidigare fått behandling av ditt lymfödem?	Ja	Nej
--	----	-----

Om Ja: Var? När? Hade behandlingen god effekt?

Har du fått kompression utskrivnen?	Ja	Nej
--	----	-----

Om Ja, ange namn och telefonnummer på förskrivaren.

Namn	Telefon/mobil
------	---------------

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

Använder du den regelbundet?	Ja	Nej
Om Nej: Varför inte?		

Har du pågående kontakt med lymfterapeut?	Ja	Nej
Om Ja, ange namn och telefonnummer till lymfterapeuten.		
Namn	Telefon/mobil	

Tränar/aktiverar du dig idag?	Ja	Nej
Om Ja, med vad?		
Om Nej, varför inte?		

Röker du?	Ja	Nej
Om Ja, vill du ha hjälp att sluta röka?	Ja	Nej

Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholhaltiga drycker?				
Aldrig	1 gång i månaden	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan	4 gånger i veckan eller oftare

Använder du droger i någon form?	Ja	Nej
---	----	-----

Längd	Vikt
--------------	-------------

Vilka läkemedel behandlas du med (ange dos av såväl tabletter, injektioner, inhalationer och dropp)?

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

Är du allergisk mot något läkemedel?	Ja	Nej
Om Ja, vad?		

Har du någon annan allergi eller överkänslighet?	Ja	Nej
Om Ja, vad?		

Har du sår på kroppen som kräver omläggning eller behandling?	Ja	Nej
Om Ja, var och hur ofta?		

Kan du stå?	Ja	Nej
Kan du gå i trappor?	Ja	Nej
Klarar du gå i kuperad terräng?	Ja	Nej
Ange gångsträcka i antal meter.		

Behöver du hjälp med dagliga personliga aktiviteter?	Ja	Nej	Delvis
Om Ja eller Delvis, fyll i nedan:			
Födointag	Ja	Nej	Delvis
Personlig hygien	Ja	Nej	Delvis
På- och avklädning	Ja	Nej	Delvis
Förflyttning stol/säng	Ja	Nej	Delvis
Toalettbesök	Ja	Nej	Delvis
Urininkontinens	Ja	Nej	Delvis
RIK (Ren Intermittent Kateterisering)	Ja	Nej	Delvis
KAD	Ja	Nej	Delvis
Stomi	Ja	Nej	Delvis
Avföringsinkontinens	Ja	Nej	Delvis
Hjälp nattetid	Ja	Nej	Delvis
Läkemedelsbehandling	Ja	Nej	Delvis

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

För att kunna göra en bedömning av ditt ärende, behöver vi ditt samtycke till nedanstående.

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 din vårdgivare.

För att få ut maximalt behandlingsresultat får ingen alkohol eller drog användas under rehabiliteringen. Om medicinskt motiverat kommer vi att be dig lämna blodprov, ett så kallat PEth-test. Vid eventuellt missbruk/misskötsel under rehabiliteringsperioden, kan din vistelse komma att avbrytas i förtid.

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

Ja, samtycker

Nej, samtycker inte

Samtycker du till, att vi blir kontaktade/eller att vi kontaktar, någon annan i ditt ärende?

Samtycker till kontakt med

Närstående

Personlig assistans/vårdare

God man

Samtycker **inte** till kontakt med

Närstående

Personlig assistans/vårdare

God man

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

Namnunderskrift

Datum

Namnförtydligande