

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.

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
-------------	---------------------

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

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

**Rehabiliteringen syftar till att förbättra/bibehålla funktions- och aktivitetsförmåga.  
Vilka funktioner vill du förbättra/bibehålla?**

<b>Tränar/aktiverar du dig idag?</b>	Ja	Nej
--------------------------------------	----	-----

Om Ja, med vad?
-----------------

Om Nej, varför inte?
----------------------

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
-------------	---------------------

**Om du har kontakt med någon av nedanstående yrkeskategorier, ange namn och telefonnummer.**

Arbetsterapeut	Telefon/mobil
Fysioterapeut/sjukgymnast	Telefon/mobil
Kurator/psykolog	Telefon/mobil
Logoped	Telefon/mobil

<b>Har du tidigare beviljats sammanhållen rehabiliteringsperiod?</b>	Ja	Nej
Om Ja: Var? När?		

<b>Röker du?</b>	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
--------	------------------	----------------------	---------------------	--------------------------------

<b>Använder du droger i någon form?</b>	Ja	Nej
---	----	-----

<b>Längd</b>	<b>Vikt</b>
--------------	-------------

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

<b>Är du allergisk mot något läkemedel?</b>	Ja	Nej
Om Ja, vilket?		

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
-------------	---------------------

<b>Har du någon annan allergi eller överkänslighet?</b>	Ja	Nej
Om Ja, vad?		

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

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

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



<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
-------------	---------------------

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

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