

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 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?**

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

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

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

Har du tidigare beviljats sammanhållen rehabiliteringsperiod?	Ja	Nej
Om Ja: Var? När?		

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

Har du genomgått några reumakirurgiska operationer?	Ja	Nej
Om Ja, vad har du opererat? När?		
Har du några ledproteser?	Ja	Nej
Om Ja, vilka leder?		

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		
------	--------------	--	--

Använder du något hjälpmedel?	Ja	Nej	Delvis
Om Ja eller Delvis, fyll i nedan:			
Käpp/kryckor/stavar	Ja	Nej	Delvis
Rollator	Ja	Nej	Delvis
Rullstol	Ja	Nej	Delvis
El-rullstol	Ja	Nej	Delvis
Ortos. Om Ja, för vad?	Ja	Nej	Delvis
Behov av lift vid förflyttning, till exempel mellan stol/säng	Ja		Nej
Pacemaker/stimulator	Ja		Nej
Ventilator/CPAP	Ja		Nej
Synhjälpmedel, annat än glasögon	Ja		Nej
Hörselhjälpmedel	Ja		Nej
Kommunikationshjälpmedel (t ex samtalsapparat, symboltavla)	Ja		Nej
Kognitivt stöd (t ex för tid, struktur och minne)	Ja		Nej

Har du hemtjänst/ledsagare/boendestöd?	Ja	Nej
Om Ja, hur många gånger per dygn/vecka?		

Finns det någon period under vår eller höst, då du inte kan delta vid eventuell beviljad rehabiliteringsvistelse?

Något speciellt du önskar meddela oss?

Om du blir beviljad rehabilitering, behöver du sjukresa till och från anläggningen?	Ja	Nej
--	----	-----

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 remitteringssekreteriatet 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 närstående i ditt ärende?

Samtycker till kontakt med

Närstående

Samtycker **inte** till kontakt med

Närstående

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

Namnunderskrift

Datum

Namnförtydligande