

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.

Remitterande enhet	Personnummer
Adress	Namn
Postadress	Adress
Telefon/mobil	Postadress
	Telefon/mobil

**Diagnos + ICD10****Nuvarande och tidigare sjukdomar****Beskriv aktuella besvär på grund av lymfödemet****Lymfödemets lokalisation****Aktuell kompressionsbehandling?**

Ja

Nej

**Har patienten någon sjukdom/symtom som bedöms kunna utgöra ett hinder för rehabilitering?**

Ja

Nej

Om Ja, vad?

**Mål under den planerade behandlings- och rehabiliteringsperioden?****Indikation för en intensiv behandlings- och rehabiliteringsperiod?**

Tungt vägande

Rimlig

Tveksam

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

<b>Föreligger kända problem med?</b>		
<b>Alkohol</b>	Ja	Nej
<b>Läkemedel</b>	Ja	Nej
<b>Droger</b>	Ja	Nej

<b>FUNKTIONSTILLSTÅND</b>		
<b>Överkänslighet/allergi (om Ja, ange vad)</b>	Ja	Nej
<b>Ofta urinvägsinfektion</b>	Ja	Nej
<b>Infektionskänslighet</b>	Ja	Nej
<b>Trycksår (om Ja, ange var)</b>	Ja	Nej

<b>PSYKISKT TILLSTÅND</b>		
<b>Kognitiva problem</b>	Ja	Nej
<b>Depression</b>	Ja	Nej
<b>Extrem trötthet</b>	Ja	Nej
<b>Initiativlöshet</b>	Ja	Nej

<b>RÖRELSEHINDER</b>				
<b>Höger arm</b>	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade
<b>Vänster arm</b>	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade
<b>Höger ben</b>	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade
<b>Vänster ben</b>	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade

<b>AKTIVITET OCH DELAKTIGHET</b>		
<b>Bedöms patienten kunna medverka aktivt i gruppträning?</b>	Ja	Nej
<b>Bedöms patienten kunna tillgodogöra sig rehabiliteringen?</b>	Ja	Nej

<b>Övrigt</b>
---------------

Underskrift av remitterande läkare	Namnförtydligande
Datum	