

Rehabiliteringsprogrammet är obligatoriskt och består av fem tränings- och behandlingsdagar per vecka, minst fyra tränings- och behandlingstillfällen per dag, varav minst ett tillfälle är individuellt. Föreläsningar och informationsmöten hålls på eftermiddagar och kvällar.

Viktigt

- Patientavgiften är samma som slutenvårdsavgiften.
- Endast för rehabilitering som bekostas av Externa rehabiliteringsprogram i Västra Götalandsregionen.
- Du kan bara beviljas rehabilitering vart annat år. Detta oavsett antal beviljade veckor.

Jag har tagit del av den fullständiga informationen

Namn	Personnummer (12 siffror)
Gatuadress	Postadress
Telefon/mobil	

Kontaktuppgifter anhörig	
Närmaste anhörig, namn	Telefon/mobil närmast anhörig

Vilken sysselsättning har du?	Ange vilken procent	
Sjuk-/Aktivitetsersättning	Ja	%
Sjukskriven	Ja	%
Arbetar/studerar	Ja	%
Arbetssökande	Ja	%
Pensionär	Ja	%

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 och när? Hade behandlingen god effekt?		

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

Har du fått kompression utskriven?	Ja	Nej
Om Ja, ange namn och telefonnummer på förskrivaren.		
Namn	Telefon/mobil	
Om Ja, använder du kompressionen 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
------------------	----	-----

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

Längd	Vikt
-------	------

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

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

Tar du naturläkemedel eller liknande regelbundet?	Ja	Nej
Om Ja, ange vad/vilka		

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

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

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

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

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

Namn	Personnummer		
Fortsättning Behov av hjälp med hjälp dagliga aktiviteter?	Ja	Nej	Delvis
Stomi			
Avföringsinkontinens			
Hjälp nattetid			
Läkemedelsbehandling			

Beskriv med några meningar vad du behöver hjälp med:

Använder du något hjälpmedel?	Ja	Nej	Delvis
-------------------------------	----	-----	--------

Om Ja eller Delvis: Vilka förflyttningshjälpmedel använder du?

	Ja	Nej	Delvis
Käpp/kryckor/stavar			
Rollator			
Rullstol			
El-rullstol			
Behov av lyft vid förflyttning, till exempel mellan stol/säng			

Vilka övriga hjälpmedel använder du?	Ja	Nej
Pacemaker/stimulator		
Ventilator/CPAP		
Synhjälpmedel, annat än glasögon		
Hörselhjälpmedel		
Kommunikationshjälpmedel (till exempel samtalsapparat, symboltavla) Kognitivt stöd (till exempel för tid, struktur och minne)		
Ortos		

Om Ortos, för vad?

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

Har du hemtjänst/ledsagare/boendestöd?	Ja	Nej
--	----	-----

Om Ja, hur många gånger per dygn/vecka?

Vad får du hjälp med?

Har du personlig assistans?	Ja	Nej
-----------------------------	----	-----

Om Ja: Meddela snarast assistentens/assistenternas arbetsgivare att du sökt rehabiliteringsvistelse, då denna då får stå för kostnaderna om du blir beviljad. Medföljande vårdare står själv för kostnaderna.

Observera att personlig assistent/assistenter måste medfölja under hela rehabiliteringsvistelsen.

Detta är en förutsättning för att du eventuellt ska kunna bli beviljad externt rehabiliteringsprogram.

Om Ja: Hur många timmar per vecka har du personlig assistans?

Medföljer personlig assistans?	Ja	Nej
---------------------------------------	----	-----

Om du blir beviljad ska rehabiliteringen påbörjas inom 3–4 månader efter beslut.

Ange om det finns någon period då du inte kan delta:

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

Något speciellt du önskar meddela oss?
--

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

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

För att få ut maximalt behandlingsresultat får ingen alkohol eller drog användas under rehabiliteringen. Vid eventuellt missbruk under rehabiliteringsperioden, kan din vistelse komma att avbrytas i förtid.

Om du drabbats av sjukdom/symtom efter att du fått besked om beviljad vistelse måste du omgående kontakta Externa rehabiliteringsprogram. Ny bedömning kommer då att göras om extern rehabilitering är lämplig i dagsläget.

Jag samtycker till ovanstående (obligatoriskt)

Ja

Nej

Jag samtycker till att mina personuppgifter samt nödvändig information om min vård, behandling och vårdkontakter, får delas mellan utförare av hälso- och sjukvård för Externa rehabiliteringsprogram, Västra Götalandsregionen och aktuella vårdgivare, och att vi får läsa aktuella journalanteckningar från samtliga dina vårdgivare (både inom och utanför Västra Götalandsregionen samt privata vårdgivare).

Jag samtycker till ovanstående (obligatoriskt)

Ja

Nej

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

	Samtycker	Samtycker inte
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