

Rehabiliteringsprogrammet är obligatoriskt och 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.

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	%

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

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

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

Har du kontakt med arbetsterapeut?	Ja	Nej
Om Ja, ange namn och telefonnummer		
Namn	Telefon/mobil	

Har du kontakt med fysioterapeut/sjukgymnast?	Ja	Nej
Om Ja, ange namn och telefonnummer		
Namn	Telefon/mobil	

Har du kontakt med kurator?	Ja	Nej
Om Ja, ange namn och telefonnummer		
Namn	Telefon/mobil	

Har du kontakt med psykolog?	Ja	Nej
Om Ja, ange namn och telefonnummer		
Namn	Telefon/mobil	

Har du kontakt med logoped?	Ja	Nej
Om Ja, ange namn och telefonnummer		
Namn	Telefon/mobil	

Har du tidigare beviljats sammanhållen rehabiliteringsperiod?	Ja	Nej
Om Ja, var och när?		

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

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 tablett, injektioner, inhalationer och dropp)?

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?

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

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			
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			

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

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

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

<p>Har du personlig assistans?</p> <p>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.</p> <p>Observera att personlig assistent/assistenter måste medfölja under hela rehabiliteringsvistelsen.</p> <p>Detta är en förutsättning för att du eventuellt ska kunna bli beviljad externt rehabiliteringsprogram.</p>	Ja	Nej
Om Ja: Hur många timmar per vecka har du personlig assistans?		

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

Om du blir beviljad skall rehabiliteringen påbörjas inom 3–4 månader efter beslut.
Ange om det finns någon period du ej kan delta:

Om du blir beviljad rehabilitering, önskar du då?		
2 veckor	3 veckor	4 veckor

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

Något speciellt du önskar meddela oss?

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