

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

- 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	
Sjukskriven	Ja	%
Arbetar/studerar	Ja	%
Arbetssökande	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 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 tabletter, 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
------	--------------

Har du genomgått några reumakirurgiska operationer?	Ja	Nej
Om ja, vad har opererats?		
När?		

Har du någon/några ledproteser?	Ja	Nej
Om Ja, vilka leder?		

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			
Stomi			
Hjälp nattetid			
Läkemedelsbehandling			

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

Beskriv med några meningar vad du behöver hjälp med:

Använder du något gånghjälpmedel? (t.ex. kryckor eller rullstol) Ja Nej Delvis

Om Ja eller Delvis: Vilka förflyttningshjälpmedel använder du?

Vilka övriga hjälpmedel använder du? Ja Nej

Pacemaker/stimulator

Synhjälpmedel, annat än glasögon

Hörselhjälpmedel

Kognitivt stöd (till exempel för tid, struktur och minne)

Ortos

Om ortos, för vad?

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.

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

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

Namnunderskrift

Datum

Namnförtydligande