

Målstyrd remiss för vistelse på RehabCenter Mösseberg

Remissdatum _____ Födelsedata _____ Remitterande läkare, _____
 _____ Namn _____
 _____ Adress _____ klinik & sjukhus _____
 Postnr. & Ort _____
 Tfn _____

Rehabiliteringsprogram

- Onkologisk
- Lymfterapi (Kombinerad Fysikalisk Ödemterapi)
- Neurologisk
- Reumatologisk
- Njurkurs 'Kom i Form'
- Allmän

Diagnos _____

	Ja	Nej	Datum
Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cytostatika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Strålning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hormoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lymfödem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Omfattning	_____		
Lokalisation	_____		
Tidigare/pågående behandling	_____		
<input type="checkbox"/> Kompression utprovad			
<input type="checkbox"/> Lymfdränage			
<input type="checkbox"/> Utbildning i Egenvård			

Mål med vistelsen

- Öka fysisk kapacitet/kondition
- Öka psykisk hälsa/krisbearbetning
- Minska smärta
- Minska svullnader
- Kostråd
- Återgång till arbete
- Öka förståelse för _____

Aktuella mediciner

Aktuellt _____

Allergier _____

Smittrisk _____

Hjärt- & Lungbesvär _____

Speciella behov (ADL, rullstol, syrgas o.s.v.) _____

Signerande läkare _____ Namnförtydligande _____

Beslutande myndighetsanteckningar

Beviljas Tidspanord _____ Giltighet _____ Avslag

Betalningsansvar _____

Datum _____ Signatur _____