

## PATIENTANSÖKAN

### Externa rehabiliteringsprogram/habilitering

Namn		Personnummer	
Adress		Tfn	
Postadress		Mobil	
E-postadress			
Syssetsättning		Tfn arb	
Närmast anhörig		Tfn Tfn arb	
Eventuella önskemål (t ex rehabiliteringsanläggning och tidpunkt)			
Målsättning med din sökta rehabilitering?			
Tränar/aktiverar du dig idag? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
Om ja, med vad?			
Om nej, varför?			
Har kontakt med Arbetsterapeut	Namn:.....		Telefon:.....
Kurator	Namn:.....		Telefon:.....
Sjukgymnast	Namn:.....		Telefon:.....

<b>Aktivitet</b>			
Kan stå	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Kan gå i trappor	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Klarar kuperad terräng	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Gångsträcka ange meter			
<b>Hjälpbehov</b>			
Födointag	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Personlig hygien	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
På-/avklädning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Nattetid	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Förflyttning stol/säng	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Toalettbesök	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
RIK	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Läkemedelshantering	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Har personlig assistent	Ja <input type="checkbox"/>	Antal timmar/vecka	.....
Medföljer personlig assistent/vårdare	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Har du personlig assistent, tänk då på att i god tid informera assistentens arbetsgivare att du sökt rehabilitering.</b>			
<b>Omgivningsfaktorer med mera</b>			
Använder käpp	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Rollator	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Rullstol	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Elektrisk rullstol	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>
Ventilator/respirator	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Pacemaker/inop stimulator	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Synhjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Hörselhjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Kommunikationshjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Behov av lift	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Övrigt</b>			
Allergi/Överkänslighet: Om ja, ange vad:			
Annat			

Rehabiliteringsprogram bekostas av Västra Götalandsregionen. För att få ut maximalt behandlingsresultat får ingen alkohol eller drog användas under vistelsen. Vid eventuellt missbruk kommer rehabiliteringsperioden att avbrytas i förtid.

Jag har tagit del av ovanstående information

.....  
Underskrift

Datum