

Remiss externa rehabiliteringsprogram utomlands/Sverige

Remitterande läkare	Pat. personnr
Remitterande enhet	Patientens namn
Adress	
Postnr.	Ort

Diagnos + diagnoskod

Sjukhistoria

Aktuell sjukdomsaktivitet: låg måttlig hög

Har patienten någon annan allvarlig sjukdom/symtom Ja Nej
Om ja, ange vad

Har patienten någon sjukdom/symtom som bedöms kunna utgöra ett hinder för resa/rehabilitering? Ja Nej
Om ja, ange vad

Föreligger kända problem med:

Alkohol Ja Nej

Läkemedel Ja Nej

Droger Ja Nej

Indikationen för rehabiliteringsperioden bedöms som:

Tungt vägande Rimlig Tveksam

Patienten bedöms kunna tillgodogöra sig rehabiliteringsperioden:

Fullt ut Delvis Tveksamt

Underskrift av remitterande läkare

Namnförtydligande remitterande läkare

Datum

Beviljas Avslages

Underskrift av uttagningssläkare

Datum