

**REMISS ALLMÄN****Externa rehabiliteringsprogram/habilitering**

Remitterande enhet	Personnummer
Adress	Namn
Postadress	Adress
Telefon	Postadress
Diagnos + ICD 10	Telefon
	Mobil
Sjukhistoria	
Läkemedel (aktuella mediciner)	
Mål/syfte med rehabiliteringen?	

Personnummer	Namn				
Vilka rehabiliteringsinsatser har givits på hemorten? (sjukgymnastik, arbetsterapi m m)					
Uppföljning efter genomfört rehabiliteringsprogram?					
Tidigare rehabilitering	Ja	Nej	Om ja, vilket år?		
Anläggning?					
Indikation för en intensiv träningsperiod:					
Tungt vägande		Rimlig		Tveksam	
Missbruksproblem?	Ja	Nej	Om ja:	Läkemedel	Alkohol Droger
Rökare?	Ja	Nej	Har slutat		
Övrigt					

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

## Kroppens funktionstillstånd

Avföringsinkontinens	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Urininkontinens	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Ofta urinvägsinfektion	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Har KAD	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
RIK	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Hjärtsjukdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Hörselproblem	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Infektionskänslig	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Lungsjukdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Grava synproblem	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Grava tal/sväljsvårigheter	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Behov av logoped (gäller i Sverige) Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
PEG	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		
Trycksår	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, var	
Smittsam sjukdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange vilken	
Överkänslighet/Allergi	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange vad	
Spirometri FEV				
Om respiratorisk insufficiens senaste	PO <sub>2</sub>	PCO <sub>2</sub>	POX	
Vikt	Längd			

### Psykiska

Kognitiva problem	Ja <input type="checkbox"/>
Depression	Ja <input type="checkbox"/>
Extrem trötthet	Ja <input type="checkbox"/>
Initiativlöshet	Ja <input type="checkbox"/>

### Rörelsehinder

	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade	Spasticitet
Höger arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänster arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höger ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänster ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ledstatus gäller reumatpatienter	Tryckömhet		Rörelsesmärta		Ledsvullnad		Kontrakturer		Ev ledprotes	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Nacke			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armbåge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingerleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggleder			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Höfter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knäleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tåleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Reuma-kirurgiska operationer Ja  Nej  Om ja, ange vad

Känd halsrygginstabilitet Ja  Nej  Restriktioner:

## Aktivitet och delaktighet

Medverkar aktivt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Klarar flygresa	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tål värme	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Personnummer	Namn
Finns medicinskt motiv för att patienten får ta med sig elektriskt moped utomlands? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Socialt</b>	
Sjuk-/Aktivitetsersättning	Ja <input type="checkbox"/> %
Yrkesaktiv	Ja <input type="checkbox"/> %
Sjukskriven	Ja <input type="checkbox"/> %
<b>Remiss skriven genom:</b> Personligt besök <input type="checkbox"/> Personlig kännedom <input type="checkbox"/> Telefonkontakt <input type="checkbox"/> Personligt initiativ <input type="checkbox"/> Läkarens initiativ <input type="checkbox"/>	
Underskrift av remitterande läkare	
Namnförtydligande remitterande läkare	
Datum	
Beviljas <input type="checkbox"/>	Avslages <input type="checkbox"/>
Underskrift av uttagningläkare	
Datum	