

Ansökan om inrikes rehabilitering på Valjeviken

Ansökan kan skrivas av legitimerad sjukvårdspersonal med insikt och kunskap om patientens rehabiliteringsbehov, ska undertecknas/tillstyrkas av behandlande läkare i Region Skåne. Om aktuell **rehabiliteringsplan** finns ska denna bifogas ansökan

Patientuppgifter

Efternamn, förnamn (tilltalsnamn)	Personnummer
Bostadsadress	Telefon/mobil

Diagnos + ICD10

--

Anamnes (Kort beskrivning)

--

Aktuella läkemedel

--

Funktionsgrupp

<input type="checkbox"/> A – Patient med uttalade funktionsnedsättningar <i>Med uttalade funktionsnedsättningar avses patienter som kan ha behov av all ADL-hjälp och/eller som kan förflytta sig med hjälpmedel kortare sträckor</i>
<input type="checkbox"/> B – Patient med lättare funktionsnedsättningar <i>Med lättare funktionsnedsättningar avses patienter som i handikappadanpassad miljö är självständiga i ADL och kan förflytta sig med eller utan hjälpmedel längre sträckor</i>

Mål/syfte med rehabiliteringsvistelsen

--

Tidigare/Nuvarande Rehabilitering

Vilka rehabiliteringsinsatser har gjorts för patienten de senaste sex månaderna?

Avser rehabilitering i såväl kommunal som regional regim

--

Planerad uppföljning efter genomfört rehabiliteringsprogram

Anges om detta inte framgår av bifogad behandlingsplan

--

Ansökande Enhet

Enhetens namn och adress

--

Ansökan upprättad av

Namn - titel

Telefon

E-postadress

--	--	--

Underskrift

Ansökan tillstyrkt av behandlande läkare

Behandlande läkare intygar att patienten kommer att följas upp och få fortsatt stöd för att bibehålla uppnådd nivå efter genomgången rehabiliteringsperiod

Namn - titel

Telefon

E-postadress

--	--	--

Underskrift

Datum

Ansökan skickas med **säker e-post** (krypterat) till: johanna.e.persson@skane.se.
alternativt med **internpost** till: Johanna Persson, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning
Dockplatsen 26, Malmö