



Remiss

Namn	Personnummer	Telefon
Adress	E-post	
Diagnos		
Sjukhistoria		
Läkemedel		
Mål/syfte med rehabiliteringen		

Funktionstillstånd

Avföringsinkontinens

Ja

Nej

Urininkontinens

Ja

Nej

Sår

Ja

Nej

Om ja, var?

Smittsam sjukdom

Ja

Nej

Om ja, vilken?

Överkänslighet/allergi

Ja

Nej

Om ja, vad?

Psykiska och/eller kognitiva problem

Aktivitets förmåga

	Ja	Nej	Delvis
Går utan stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går med stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarar trappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äter själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klär sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvättar sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarar toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gånghjälpmedel:	<input type="checkbox"/>		
Gångsträcka	<input type="checkbox"/>		
Elrullstol	<input type="checkbox"/>	Manuell rullstol	<input type="checkbox"/>
		Kan köra själv	<input type="checkbox"/>

Medföljer personlig assistens/vårdare?

Ja

Nej

Andra särskilda behov

[Empty box for additional needs]

.....

Underskrift Datum

Remitterande enhet

Remitterande enhet Telefon Adress

[Empty box for remitting unit details]

Betalande förvaltning

Antal beviljade
veckor Datum Adress Telefon

[Empty box for paying authority details]

Underskrift betalningsansvar Namnförtydligande

[Empty box for signature and clarification]