

Henvisning til egenbetalt rehabiliteringsopphold:

Navn:		Personnummer:	
Adresse:			
Postnr.:		Poststed:	
Tlf.:		Mobil:	E-post:
Ønske om opphold fra (dato) _____ til (dato) _____			
Hoveddiagnose (årsak til opphold):			
Mål for oppholdet ved Steffensrud Rehabiliteringssenter:			
Sykehistorie (kort oppsummert som er viktig for oss å kjenne til for behandling av søknaden):			
Medisiner du bruker (hva og hvilken styrke):			
Har du behov for noen spesiell diett? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, hva er det du ikke kan spise? Allergi: _____ Spesialkost: _____ Annet: _____			
Kryss av for områder der sykdom eller skade bidrar vesentlig til å nedsette din funksjon i det daglige (sett et eller flere kryss):			
<input type="checkbox"/> Hukommelse/konsentrasjon <input type="checkbox"/> Pust/lunger <input type="checkbox"/> Ledd- og knokler <input type="checkbox"/> Sansefunksjoner <input type="checkbox"/> Fysisk kondisjon <input type="checkbox"/> Muskulatur <input type="checkbox"/> Smerteplager <input type="checkbox"/> Fordøyelse og stoffskifte <input type="checkbox"/> Bevegelsesapparatet <input type="checkbox"/> Hjerne/blodkar <input type="checkbox"/> Urinveier <input type="checkbox"/> Annet,- spesifiser:			
Behov for hjelp:			
Trenger du hjelp til personlig hygiene? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, hva trenger du hjelp til? _____			
Trenger du hjelp til toalettbesøk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Har du behov for toalettforhøyer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Trenger du hjelp til av- og påkledning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, hva trenger du hjelp til? _____			
Trenger du hjelp inn og ut av seng? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Evt. spesielle tilrettelegginger i fht seng: _____			
Er du selvstendig i spisesituasjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Evt. hjelpemidler i spisesituasjon: _____			
Bruker du ganghjelpemidler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, hvilke hjelpemidler?			
<input type="checkbox"/> Stokk <input type="checkbox"/> Krykker <input type="checkbox"/> Rullator/gåstol <input type="checkbox"/> Prekestol <input type="checkbox"/> Manuell rullestol <input type="checkbox"/> Elektrisk rullestol <input type="checkbox"/> Annet: _____			
Hvor langt kan du gå? <input type="checkbox"/> 50 m <input type="checkbox"/> 100 m <input type="checkbox"/> Over 500 m Er du avhengig av rom uten terskel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Kan du klare heis på egenhånd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			

Har du noen ekstra utfordringer i fht noen av punktene under? Sett kryss: <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Hørsel <input type="checkbox"/> Tale <input type="checkbox"/> Tid <input type="checkbox"/> Sted (finne frem)		
Annet hjelpebehov:		
Arbeidsstatus: <input type="checkbox"/> Pensjonist <input type="checkbox"/> Uføretrygdet <input type="checkbox"/> Sykemeldt fra dato: _____ <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Under utdanning <input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger <input type="checkbox"/> Sosial stønad <input type="checkbox"/> Annet		
Har du vært på lignende opphold tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja,- oppgi når og hvor:		
Hva slags behandling/oppfølging har du på hjemstedet?		
Fastlegens navn:	Tlf.:	
Har du kontakt med hjemmebaserte tjenester? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, sett kryss: <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie: Kontaktperson: _____ Tlf.: _____ Hjelp til: _____		
<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp: Kontaktperson: _____ Tlf.: _____ Hjelp til: _____		
Har du individuell plan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, send gjerne kopi med søknaden.		
Hvordan er din motivasjon for rehabilitering? (Sett ett kryss på skalaen under) Meget god <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dårlig		
Hva gjør du selv i dag for å nå din målsetning?		
Pårørendes navn:	Tlf.:	Mobil:
Du må også innhente opplysninger fra fastlege om din status nå , samt epikriser og prøvesvar (blodprøver, MR, CT, røntgen) fra siste året. Sendes som vedlegg. Antall vedlegg: _____ stk.		
Er det andre ting du vil at vi skal vite?		
Sted/dato:	Underskrift:	