

**REMISS
för rehabilitering**

Personnr

Namn

Inrättning, klinik, avd/mottagn, vårdcentral, privatmottagn

Adress

Tfn, hem

Tfn, arbete

Diagnos

Sjukdomsdebut, år

Syftet med vistelsen

Rehabilitering

Korttidsboende enl lagen
om stöd och service (LSS)

Korttidsboende enl socialtjänstlagen (SoL)

Önskemål om vistelsetid

Önskemål om rehabprogram

Ja

Ange vilken

Nej

Tidigare vistelse på rehabiliteringsanläggning

Ja

Anläggning och år

Nej

Förvärvsarbetar

Heltid

Deltid

Ange omfattning i %

Är för närvarande sjukskriven på

Heltid

Deltid

Ange omfattning i %

Ålderspensionär/Förtidspensionär/Sjukbidrag

25 %

50 %

75 %

100 %

Anamnes

Blank area for anamnes.

Aktuella mediciner

Blank area for current medications.

Psykisk hälsa

Blank area for mental health.

| Rörelse- och funktionsförmåga | Ja | Nej | Delvis | Kommentar |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Går utan stöd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Går med stöd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gånghjälpmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vilket |
| Klarar trappa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Klär av och på sig själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Äter 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"/> | |
| Klarar förflyttning tofr rullstol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hjälpmedel för sådan förflyttning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vilket |
| Använder manuell rullstol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Använder elrullstol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Andra symtom | Ja | Nej | | |
| Svalg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Inkontinens |
| Tal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Kontrollerar urin <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Syn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Kontrollerar tarm <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Hörsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Använder hjälpmedel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Ataxi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Andningsstatus |
| Yrsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Andningskapacitet % |
| Balansrubbnig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Målsättning med vistelsen**Träningsrestriktioner****Remitterande läkares underskrift****Uttagningsläkares anteckningar**

| | |
|------------------------|--|
| Datum och namnteckning | |
| Namnförtydligande | |
| Telefon (även riktnr) | |
| Utdelningsadress | |
| Postnummer och postort | |

Plats för Humlegårdens anteckningar

| |
|--|
| |
|--|