

ONKOLOGI

Remiss för rehabilitering

Datum (åååå-mm-dd)

Remitterande inrättning	Personnummer		
	Namn		
	Utdelningsadress (gata, box etc)		
	Postnummer och ort		
	Tel bostad	Tel arbete	Mobil
Kombikod:			

Onkologisk diagnos	Debutår	ICD 10
--------------------	---------	--------

Övriga diagnoser

Smittsam anmälningspliktig sjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilken
--	---------------

Överkänslighet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vilka
--

Sjukhistoria

Sluten sjukvård senaste året

Aktuella läkemedel <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilka
--	--------------

Problembeskrivning vardagen, arbetslivet, fritiden
--

Problem att äta/svälja <input type="checkbox"/> Inga <input type="checkbox"/> Lätta <input type="checkbox"/> Måttliga <input type="checkbox"/> Uttalande	Längd:	Vikt:
---	--------	-------

Behandlingar	Nej	Ja	Påbörjad datum	Avslutad datum
Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Strålbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cytostatikabehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Målbeskrivning inklusive patientens mål med rehabiliteringen
--

Speciella behov (ADL-hjälp, rullstol m.m.)
--

		Personnummer
Underskrift av remittent	Datum:	Namnförtydligande

Datum	Bifall <input type="checkbox"/> Sluten vård 12 dygn
Namnförtydligande	Avslag <input type="checkbox"/> Motivering