

# REMISS för rehabilitering

Personnr

Namn

Adress

Tfn, hem

Tfn, arbete

Inrättning, klinik, avd/mottagn, vårdcentral, privatmottagn

Diagnos

Sjukdomsdebut, år

Syftet med vistelsen

 RehabiliteringKorttidsboende 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

Anläggning och år

 Ja

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

## Aktuella mediciner

## Psykisk hälsa

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"/>	
<b>Andra symtom</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>		
Svalg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Inkontinens</b>
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"/>		<b>Andningsstatus</b>
Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Andningskapacitet _____ %
Balansrubbnig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

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

**Uttagningsläkares anteckningar**

--

**Plats för Humlegårdens anteckningar**

--