

ANSÖKAN om rehabilitering utomlands

Datum

Insänds till sjukvårdshuvudman tillsammans med
"LÄKARINTYG för rehabilitering utomlands"

Härmed ansöker jag om rehabilitering utomlands

Efternamn och förnamn	Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man	Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)	Telefon, bostad (även riktnr)	Telefon, arbete (även riktnr)
Postnummer och postort	Titel, sysselsättning	
Förvärsarbetande <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	År för närvarande sjukskriven till <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 %	
Ålderspensionär/Förtidspensionär/Sjukbidrag <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 %	Annat	
Närmast anhörig, namn	Telefon, bostad (även riktnr)	Telefon, arbete (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer och postort	
Mina förväntningar och målsättning med rehabiliteringen		

Eventuella önskemål (t ex rehabiliteringsanläggning och tidpunkt)		
Jag lämnar mitt tillstånd att rehabiliteringsanläggningen vid behov får inhämta upplysningar och journaler som har betydelse för mitt hälsotillstånd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om min ansökan bifalles förbinder jag mig att följa gällande föreskrifter för resa och rehabiliteringsanläggning Namnteckning		

Ifylles av läkare som utfärdat intyget

Patientens arbetsförmåga är <input type="checkbox"/> nedsatt med minst hälften pga sjukdom	<input type="checkbox"/> nedsatt med minst hälften om inte vården kommer till stånd	
Datum och läkares underskrift	Namnförtydligande	
	Telefon (även riktnr)	Telefax (även riktnr)

Ifylles av uttagningsläkare

Patienten är lämplig för rehabilitering utomlands <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om nej, ange orsak		
Datum och läkares underskrift	Namnförtydligande	
	Telefon (även riktnr)	Telefax (även riktnr)

Övriga anteckningar

--