

## Rehabiliteringsopphold i Altea - legeerklæring - pdf

### Veiledning

Legeerklæringen skal følge Søknad om rehabiliteringsopphold i Altea når søker har behov for å øke sitt funksjonsnivå/mestringsnivå ved oppholdet. Legeerklæringen må ikke være eldre enn 3 måneder ved avreise til Altea.

Pasientene vil bli fulgt opp av tilsynslege ved rehabiliteringsinstitusjonen i Altea.

Tilstander som det bør vises spesiell oppmerksomhet ved i søknad om rehabiliteringsopphold i Spania:

- Alvorlig hudkreft\*
- Hjertesykdom (se restriksjoner mht flytransport)
- Hypertensjon
- Blodproppsykdom\*\*
- Diabetes mellitus
- Alvorlig psykisk lidelse\*
- Kognitiv svikt\*
- Kjent smittsom sykdom
- Stort alkoholforbruk/rusmiddelproblem\*
- Misbruk av medikamenter\*
- Allergier
- Intoleranse for varme eller soleksponering
- Andre tilstander av betydning?

\* Diagnoser merket stjerne vil i de fleste tilfeller utgjøre en absolutt kontraindikasjon mot innvilgelse av opphold. Pasienten bør frarådes å søke.

\*\* Spesielle tiltak bør vurderes (strømper, tromboseprofylakse).

For spesielle forhold vedrørende flytransport av pasienter, se heftet "[Flymedisin](#)", utarbeidet av Europeiske forsikring.

Legeerklæringen sendes til: Bærum kommune, Tildelingskontoret, Postboks 700, 1304 Sandvika

### Pasienten

Fornavn

Etternavn

Adresse

Postnr/sted

## Medisinske forhold

Beskriv pasientens behov for rehabilitering

Skriv inn pasientens aktuelle diagnose(r) og eventuell CAVE

Gi en vurdering av pasientens allmenntilstand, hjerte/lungefunksjon, eventuelt annet

Gi en oversikt over pasientens medisiner. Legg eventuelt ved en medisinliste

Er pasienten under medisinsk utredning?

Ja

Nei

Kommentar

Foreligger det kjent helserisiko i.f.m. flyreisen?

Ja

Nei

Kommentar

Foreligger det en demensdiagnose?

Ja

Nei

Beskriv

Foreligger det annen kognitiv svikt enn demens?

Ja

Nei

Beskriv

Har pasienten spesielle behov eller trenger hjelpemidler under transporten?

- Ja  
 Nei

Beskriv

Har pasienten problemer med alkohol, rusmiddel eller A-preparater?

- Ja  
 Nei

Beskriv

Har pasienten en kjent psykisk lidelse?

- Ja  
 Nei

Beskriv

Har pasienten sår?

- Ja  
 Nei

Beskriv

Har pasienten behov for oksygen?

- Ja  
 Nei

Har pasienten en spesiell diett?

- Ja  
 Nei

Beskriv

## Underskrift

Dato

Fornavn

Etternavn