

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 utgjør en absolutt kontraindikasjon mot innvilgelse av opphold. Pasienten bør frarådes å søke.

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

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