|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | ANSÖKAN OM REHABILITERING UTOMLANDSReumatiska sjukdomar Bifogas läkarintyget |
| Personuppgifter | | | | | |
| Namn | | | | | Personnummer (år, månad, dag och nummer) |
|  | | | | |  |
| Adress | | | | | |
|  | | | | | |
| Telefonnummer | | | | Telefonnummer, mobil/arbete | E-postadress |
|  | | | |  |  |
| Närmast anhörig | | | | | Anhörigs telefonnummer |
|  | | | | |  |
| Uppgifter inför behandling | | | | | |
| Remitterande klinik/vårdenhet | | | | | |
|  | | | | | |
| Tidigare utlandsvård | | | | År | Anläggning |
|  | Ja |  | Nej |  |  |
| Eventuell kommentar | | | | | |
|  | | | | | |
| Nuvarande arbetsförmåga/omfattning (ange eventuell deltid) | | | | | |
|  | | | | | |
| Eventuell kommentar | | | | | |
|  | | | | | |
| Motivering och mål för rehabiliteringsbehandlingen | | | | | |
|  | | | | | |
| Önskemål och behov av hjälp i samband med resa och vistelse | | | | | |
|  | | | | | |
| Underskrift | | | | | |
| Ort och datum | | | | | Namnteckning |
|  | | | | |  |
| Information | | | | | |
| Den som beviljas rehabilitering utomlands förbinder sig att delta i schemalagda behandlingar och följa reglerna på rehabiliteringsanläggningen. Egna aktiviteter görs på fritiden. Missbruk av alkohol eller droger samt för gruppen störande uppförande kan medföra att patienten får resa hem på egen bekostnad.  Behandlingstiden är tre veckor. Patientavgiften faktureras efter hemkomst. | | | | | |