|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | ANSÖKAN OM REHABILITERING UTOMLANDSNeurologiska sjukdomar Bifogas läkarintyget | |
| Personuppgifter | | | | | | | |
| Namn | | | | | | Personnummer (år, månad, dag och nummer) | |
|  | | | | | |  | |
| Adress | | | | | | Postadress | |
|  | | | | | |  | |
| Telefonnummer | | | | | Telefonnummer, mobil/arbete | | E-postadress |
|  | | | | |  | |  |
| Närmast anhörig | | | | | | Anhörigs telefonnummer | |
|  | | | | | |  | |
| Tidigare utlandsvård | | | | År | | Anläggning | |
|  | Ja |  | Nej |  | |  | |
| Beskriv de sjukdomsrelaterade problem du upplever i din vardag | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Beskriv ditt hjälpbehov under dygnet – i vilka aktiviteter och i vilken omfattning | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Beskriv på vilket sätt du förflyttar dig korta respektive långa sträckor. Vad är kort resp. långt för dig? | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Beskriv eventuella hinder du ser med lång resa och 3 veckors rehabvistelse på okänd ort och träning i grupp | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Beskriv hur din rehabilitering har sett ut under det senaste året och vad som eventuellt planeras framåt. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Försök beskriva din målsättning med rehabvistelsen avseende din delaktighet och aktivitet i vardagen | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | |