Henvisning til rehabiliteringsopphold

RKE Regional koordinerende enhet

1.1 Pasientens navn:		1.2 Fødsels- og personnummer:
1.3 Adresse:		1.4 Telefon/mobil:
1.5 Postnummer:	1.6 Poststed:	1.7 Fastlege: 1.8 Legekontor: 1.9 Tlf:
2.0 Institusjon det søkes til:		3.0 Yrkesskade ☐ Krigsskade:☐
4.0 Hoveddiagnose og aktuell problemstilling:		4.1 Kode ☐ ICD10: _____ ☐ ICPC-2:

4.2 Relevant(e) bidiagnose(r):

5.0 Pasientens mål for oppholdet:

Det søkes om: ☐Ordinær rehabilitering ☐ Arbeidsrettet rehabilitering ☐"Raskere tilbake" ☐Annet: _____

5.1 Sykehistorie (kliniske funn, informasjon om problemer med rus og/eller psykisk helse som institusjonen bør kjenne til. Legg ved relevante utredningsresultater)*:

5.2 Foreskrevne medikamenter:

5.3 Varighet av tilstand: ☐ Akutt (oppgi skade-/operasjonsdato):
☐Kronisk (oppgi omtrentlig tidspunkt for symptomdebut):

5.4 Kryss av områder der sykdom/skade bidrar vesentlig til å nedsette personens funksjon i det daglige (sett ett eller flere kryss):

☐ Mentale/kognitive funksjoner	☐ Respirasjon	☐ Ledd- og knokler
☐ Sansefunksjoner	☐ Fysisk kondisjon	☐ Muskulatur
☐ Smerteplager	☐ Fordøyelse og stoffskifte	☐ Bevegelsesapparatet
☐ Kretsløp (hjerte/blodkar)	☐ Urinveiene	☐ Annet, spesifiser:

5.5 Angi personens behov for personhjelp i forbindelse med:

▪ Spisesituasjon	☐ Selvhjulpen	☐ Delvis selvhjulpen	☐ Hjelpetrengende
▪ Vask og påkledning	☐ Selvhjulpen	☐ Delvis selvhjulpen	☐ Hjelpetrengende
▪ Forflytning	☐ Selvhjulpen	☐ Delvis selvhjulpen	☐ Hjelpetrengende
▪ Toalettbesøk	☐ Selvhjulpen	☐ Delvis selvhjulpen	☐ Hjelpetrengende

Mobilitet innendørs

- Ved gangfunksjon ☐ Selvstendig gange, uten hjelpemiddel ☐ Gange med rullator/prekestol ☐ Gange med krykker/stokk ☐ Gange med tilsyn/støtte av __ pers
- Ved bruk av rullestol ☐ Rullestol, kjører selv ☐ Rullestol, med hjelp ☐ Elektrisk rullestol

Annet hjelpebehov*: _____

5.6 Arbeid og utdanning (sett ett eller flere kryss):

☐ Under utdanning	☐ Arbeidsavklaringspenger, AAP	☐ Sosial stønad
☐ Yrkesaktiv	☐ Sykemeldt fra dato____ %___	☐ Annet _____
☐ Pensjonist	☐ Uføretrygdet	

5.7 Er tilstanden vurdert av spesialist? ☐ Ja (legg ved kopi/notat) ☐ Nei

5.8 Hvilke tiltak har pasienten i kommunehelsetjenesten?
☐Sykehjem ☐Fysioterapeut ☐Ergoterapeut ☐Hjemmesykepleie ☐Hjemmetjeneste ☐ Annet: _____
Hvorfor er ikke lokale tiltak et alternativ?:

5.9 Har behandling på rehabiliteringsinstitusjon vært gitt tidligere? ☐ Ja ☐ Nei
Hvis ja, angi institusjon og årstall, samt legg ved rapport fra siste rehabilitering.

6.0 Henviserens vurdering:

Motivasjon for rehabilitering:	Meget god	☐	☐	☐	☐	☐	lav
Hastegrad	Høy	☐	☐	☐	☐	☐	lav

6.1 Henviser/Innsøkende instans:
☐ Fastlege ☐ Privatpraktiserende spesialist ☐Manuellterapeut ☐Kiropraktor ☐Annet: _____
☐ Sykehusavdeling**:_____ ☐ Sykehuspoliklinikk **: _____

6.2 Dato: Sted:_____ Signatur: _____	6.3 Henviser: Navn/spesialitet/adresse/tlf (benytt gjerne STORE bokstaver):

Informasjon om tilbudet ved rehabiliteringsinstitusjoner finnes på www.helse-sorost.no/rehabilitering eller ved å kontakte **Regional koordinerende enhet (RKE) på tlf 800 300 61 eller pr post: RKE, Postboks 174, 1451 Nesoddtangen**

* utdypes i rulletekst, evt. i eget vedlegg
** Henvisning fra relevant sykehusavdeling kan sendes direkte til institusjonen det søkes til

HELSE SØR-ØST