|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SLL_HoSVN3 | | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | **LYMFÖDEM**  Remiss för rehabilitering  Datum (åååå-mm-dd) | | | | | | |
|  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  | |
| Remitterande inrättning | | | | | Personnummer | | | | | | |
| Namn | | | | | | |
| Utdelningsadress (gata, box etc) | | | | | | |
| Postnummer och ort | | | | | | |
| **Kombikakod:** | | | | | Tel bostad | | | Tel arbete | | | Mobil |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hereditärt lymfödem, Q 82,0 |  | Arm | Ben |
| Lymfödem efter mastektomi, I 97,2  Lymfödem som ej klassificeras på annat ställe, I 89,0 |  | Bål | Huvud/hals |

|  |
| --- |
| Debutår och anamnes |

|  |
| --- |
| Aktivitetsbegränsning |

|  |
| --- |
| Speciella behov (ADL-hjälp, rullstol m m.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Problembeskrivning  Gångsvårigheter | Nedsatt rörlighet | Smärta | Svullnad |

Övriga diagnoser

|  |  |
| --- | --- |
| Smittsam anmälningspliktig sjukdom  Nej  Ja | Om Ja, vilken? |

|  |
| --- |
| Överkänslighet  Nej  Ja |
| Om Ja, vilka |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuella läkemedel  Nej  Ja | Om Ja, vilka? |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Personnummer |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tidigare rehabilitering** | **Nej** | **Ja** | **Om Ja, Var? När?** |
| Slutenvårdsrehabilitering |  |  |  |
| Dagvårdsrehabilitering |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pågående behandling** | **Nej** | **Ja** | **Om Ja, Var? Hur ofta?** |
| Poliklinisk lymfterapi |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Underskrift av remittent | Datum: | Namnförtydligande | | | |
|  | |  | | | |
| **Ifylles av HSF** | | **Lymfödemrehabilitering Introduktion lymfödemrehabilitering** | | | |
| Datum | | Bifall | Dagvård 10 dagar  Dagvård 10 dagar | | |
|  | Dagvård 15 dagar  Dagvård 15 dagar | | |
| Beslutsfattarens underskrift | |  | Veckovård 10 dagar  Veckovård 10 dagar | | |
|  | Veckovård 15 dagar  Veckovård 15 dagar | | |
|  | | | |
| Namnförtydligande | | Avslag |  |  |  |
|  | | Motivering | | | |