|  |  |
| --- | --- |
| SLL_HoSVN3 |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Onkologisk diagnos      | Debutår      | ICD 10      |

|  |
| --- |
| Övriga diagnoser      |

|  |  |
| --- | --- |
| Smittsam anmälningspliktig sjukdom[ ]  Nej [ ]  Ja | Om Ja, vilken      |

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

|  |
| --- |
| Sjukhistoria      |

|  |
| --- |
| Sluten sjukvård senaste året      |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuella läkemedel[ ]  Nej [ ]  Ja | Om Ja, vilka      |

|  |
| --- |
| Problembeskrivning vardagen, arbetslivet, fritiden      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Problem att äta/svälja[ ]  Inga [ ]  Lätta [ ]  Måttliga [ ]  Uttalande  | Längd:       | Vikt:       |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Behandlingar | Nej | Ja |  | Påbörjad datum |  | Avslutad datum |
| Operation | [ ]  | [ ]  |  |       |  |       |
| Strålbehandling | [ ]  | [ ]  |  |       |  |       |
| Cytostatikabehandling | [ ]  | [ ]  |  |       |  |       |

|  |
| --- |
| Målbeskrivning inklusive patientens mål med rehabiliteringen      |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Personnummer |
| Underskrift av remittent Datum:       | Namnförtydligande      |
|  |  |
| Datum      | Bifall | [ ]  Sluten vård 12 dygn |
|  |  |
|  |
| Namnförtydligande      | Avslag | [ ]  |  |  |
|  | Motivering      |