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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ONKOLOGI**  Remiss för rehabilitering  Datum (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 | | | |