STIFTELSEN MÄLARGÅRDEN REHAB CENTER

Box 46, 193 21 SIGTUNA, Tel. 08-592 501 55 Fax 08-592 518 22
www.malargarden.se

REMISS

För rehabilitering vid Mälargården

Avseende tiden...../..... – ...../..... 20.....

eller sammanlagt ..... veckor

Efternamn och förnamn .....

Adress .....

Föregående vistelse Mälargården .....

Remiss datum .....

Senast vårdad (sjukhus) .....

Diagnos .....

ICD-kod .....

Anamnes och aktuellt status (fysisk och psykisk) målsättning - behandl. ind

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Övriga sjukdomar - ev. missbruk (alkohol, tabletter) - rökare? .....

.....

Medicinering .....

Vid op. t ex. efter fraktur får pat belasta .....

Kroppsvikt: .....kg

		Höger			Vänster	
Pareser:	Lätt	Medelsvår	Paralys	Lätt	Medelsvår	Paralys
Anm						
Hand						
Ben						
Fot						
Hals/nacke						
Bål						
Sätt kryss på lämpligt ställe						

Landstingets godkännande

Remissen avser vistelse på Mälargården under tiden
...../..... – ...../..... 20..... eller
sammanlagt ..... veckor och utgör åtagande för landstinget
avseende vårddagavgift och övriga ersättningar i enlighet med antagen
rekommendation från Svenska Landstingsförbundet.

.....
Landstingets stämpel

.....
Sign.

Personnummer .....

Tel. och riktnr .....

Ev. vårdare, hemsamarit eller distr. sköt. Namn och tel.:

.....

Rem klinik och avd (sjukhus):

.....

Sätt kryss på lämpligt ställe	**JA**	**NEJ**
Klarar sig helt själv	☐	☐
Äter själv	☐	☐
Klarar toalettbesök	☐	☐
Klarar av- och påklädning	☐	☐
Fri från bensår, sittsår och liggsår	☐	☐
Fri från UVI	☐	☐
Urinprov den		
Inkontinens	☐	☐
I behov av hjälp nattetid	☐	☐
Kan gå mer än 100 m	☐	☐
Kan gå utan hjälp i trappor (minst 15 trappsteg)	☐	☐
Rullstol inomhus	☐	☐
Rullstol utomhus	☐	☐
Diabetiker eller i behov av dietmat	☐	☐
I behov av vårdare för resan	☐	☐
Annat hjälpbehov:	☐	☐
.....	☐	☐
Färdsätt:		
Tåg	☐	☐
Flyg	☐	☐
Bil	☐	☐
Sjuktp		
Respiratorvård tidigare	☐	☐
Respiratorvård f n	☐	☐
Respiratortyp:		
Vid behov av respirator:		
Dagtid	☐	☐
Nattetid	☐	☐
Tracheotomerad	☐	☐
Hjälpmedel antal:		
Armbandage	☐	☐
Benbandage	☐	☐
Fotbandage	☐	☐
Protes ben	☐	☐
Protes arm	☐	☐
Korsett	☐	☐
Käpp	☐	☐
Kryckkäpp	☐	☐
Bockar	☐	☐
Gångstol	☐	☐
Rullstol	☐	☐
Annat hjälpmedel	☐	☐
.....		
.....		

..... den ...../..... 20 .....

.....

leg.läkare (v.g. texta)