

Konsultationsremiss

Planerad specialiserad lymfödemrehabilitering

Från

Remitterande inrättning

Adress

Postnummer och ort

Telefon/Fax

Kombikakod

Till

Vårdgivare

Adress

Postnummer och ort

Personuppgifter

Personnummer

Namn

Adress

Postnummer och ort

Telefon

Mobiltelefon

Remissdatum

Remitterande läkare

Remittent HSA-ID

Diagnos, ICD, debutår

Anamnes, status, upplysning

Kompletterande uppgifter samt underskrift, se nästa sida →

Kompletterande uppgifter

Patienten samtycker till att den verksamhet som remissen skickas till, och som ingår i en annan vårdgivare, tar del av ospärrade journaluppgifter inom den remitterande verksamheten när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård?

Ja Nej Remiss inom egen vårdgivare – samtycke behöver ej efterfrågas Samtycke ej tillämpligt

För information om kriterier för målgruppen, se avtalsinformation på: www.vardgivarguiden.se

Finns behov av multiprofessionell teamrehabilitering? Ja Nej

Kommentar

Finns en långsiktig rehabiliteringsplan? Ja Nej

Kommentar

Mål under den planerade specialiserade lymfödemrehabiliteringsperioden?

Bedöms patienten kunna tillgodogöra sig rehabiliteringen? Ja Tveksamt Nej

Pågående poliklinisk lymfterapi (Namn, profession, kontaktuppgifter)

Ange tidigare insatser med specialiserad lymfödemrehabilitering (datum och vårdgivare)

Aktuellt substansbruk?

Aktuellt ADL-status

Längd och vikt

Varning (exempel: överkänslighet, smitta eller annat som kan påverka behandlingen)

Underskrift

Underskrift av remitterande läkare

Datum

Namnförtydligande