



Insändes till sjukvårdshuvudman tillsammans med
"LÄKARINTYG UTLANDSVÅRD".

Datum

ANSÖKAN OM REHABILITERING UTOMLANDS

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon

Härmed ansöker jag om rehabilitering utomlands

Namn		Personnummer	
Adress		Postadress	
Telefon bostad (även riktnummer)		Telefon arbete (även riktnummer)	
Kön ☐ Kvinna ☐ Man	Förvärvsarbetande ☐ Heltid ☐ Deltid	Titel, sysselsättning	
Är för närvarandesjukskriven till ☐ 100 % ☐ 75 % ☐ 50 % ☐ 25 %		Ålderspensionär/Förtidspensionär/Sjukbidrag ☐ 100 % ☐ 75 % ☐ 50 % ☐ 25 %	
Annat			
Närmast anhörig, namn			
Adress		Postadress	
Telefon bostad (även riktnummer)		Telefon arbete (även riktnummer)	

Mina förväntningar och målsättningar med rehabiliteringen

Eventuella önskemål (till exempel rehabiliteringsanläggning och tidpunkt)
Jag lämnar mitt tillstånd att rehabiliteringsanläggningen vid behov får inhämta upplysningar och journaler som har betydelse för mitt hälsotillstånd ☐ Ja ☐ Nej

Om min ansökan bifalles förbinder jag mig att följa gällande föreskrifter för resa och rehabiliteringsanläggning.

Ort och datum	
Sökande, namnteckning	Namnförtydligande

Ifylles av läkare som utfärdat intyget

Patientens arbetsförmåga är ☐ Nedsatt med minst hälften på grund av sjukdom ☐ Nedsatt med minst hälften om inte vården kommer till stånd		
Ort och datum	Telefon (även riktnummer)	Telefax (även riktnummer)
Läkare, namnteckning	Namnförtydligande	

Ifylles av uttagningsläkare

Patienten är lämplig för rehabilitering utomlands ☐ Ja ☐ Nej		Om nej, ange orsak
Ort och datum	Telefon (även riktnummer)	Telefax (även riktnummer)
Läkare, namnteckning	Namnförtydligande	

Övriga anteckningar

--