

ANSÖKAN om rehabilitering utomlands

Datum

Insänds till sjukvårdshuvudman tillsammans med
"LÄKARINTYG för rehabilitering utomlands"

Personnr

Namn

Adress

Tfn, hem

Tfn, arbete

Härmed ansöker jag om rehabilitering utomlands

Efternamn och förnamn	Kön ☐ Kvinna ☐ Man	Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)	Telefon, bostad (även riktnr)	Telefon, arbete (även riktnr)
Postnummer och postort	Titel, sysselsättning	
Förvärvsarbete ☐ Heltid ☐ Deltid	Är för närvarande sjukskriven till ☐ 100 % ☐ 75 % ☐ 50 % ☐ 25 %	
Ålderspensionär/Förtidspensionär/Sjukbidrag ☐ 100 % ☐ 75 % ☐ 50 % ☐ 25 %	Annat	
Närmast anhörig, namn	Telefon, bostad (även riktnr)	Telefon, arbete (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer och postort	
Mina förväntningar och målsättning med rehabiliteringen		
Eventuella önskemål (t ex 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		
Namnteckning		

Ifylles av läkare som utfärdat intyget

Patientens arbetsförmåga är ☐ nedsatt med minst hälften pga sjukdom	☐ nedsatt med minst hälften om inte vården kommer till stånd	
Datum och läkares underskrift	Namnförtydligande	
	Telefon (även riktnr)	Telefax (även riktnr)

Ifylles av uttagningsläkare

Patienten är lämplig för rehabilitering utomlands ☐ Ja ☐ Nej	Om nej, ange orsak	
Datum och läkares underskrift	Namnförtydligande	
	Telefon (även riktnr)	Telefax (även riktnr)

Övriga anteckningar

--