

Søknad om Rehabiliteringsopphold

Navn:		Personnummer:	
Adresse:			
Postnummer:		Poststed:	
Ønsket institusjon:		Ønsket av pasienten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Årsak til henvisning:		Kode ICD10/ICPC-2:	
Andre diagnoser av betydning:			
Pasientens mål for oppholdet:			
Sykehistorie* : _____			
Foreskrevne medikamenter*:			
Varighet av tilstand:		Akutt (oppgi skade/operasjonsdato):	
		Kronisk (oppgi omtrentlig tidspunkt symptomdebut):	
Er tilstanden vurdert av spesialist?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei (vedlegg kopi av notat)	
Kryss av områder der sykdom eller skade bidrar vesentlig til å nedsette personens funksjon i det daglige (sett ett eller flere kryss):			
<input type="checkbox"/> Mentale funksjoner	<input type="checkbox"/> Respirasjon	<input type="checkbox"/> Ledd- og knokler	
<input type="checkbox"/> Sansefunksjoner	<input type="checkbox"/> Fysisk kondisjon	<input type="checkbox"/> Muskulatur	
<input type="checkbox"/> Smerte	<input type="checkbox"/> Fordøyelse og stoffskifte	<input type="checkbox"/> Bevegelsesapparatet	
<input type="checkbox"/> Kretsløp (hjerne/blodkar)	<input type="checkbox"/> Urinveiene	<input type="checkbox"/> Annet, spesifiser:	
Egenomsorg			
Personen er selvhjulpent i daglige gjøremål		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis nei, angi anslagsvis antall timer hjelpebehov: timer pr dag eller timer pr uke			
Mobilitet			
Er personen oppgående uten hjelpemidler innendørs		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis nei, angi mobilitet			
<input type="checkbox"/> Gange med hjelpemiddel	<input type="checkbox"/> Rullestol, kjører selv	<input type="checkbox"/> Rullestol trenger hjelp	
Hvis rullestol, angi forflytningsevne til og fra stol/seng/toalett:			
<input type="checkbox"/> Selvhjulpent forflytning	<input type="checkbox"/> Trenger hjelp til forflytning	<input type="checkbox"/> Trenger heis og/eller 2 personer som hjelp til forflytning	
Arbeid og utdanning			
<input type="checkbox"/> Under utdanning	<input type="checkbox"/> Sykemeldt/attføring/rehabiliteringspenger	<input type="checkbox"/> Annet/Kombinasjon	
<input type="checkbox"/> Jobb mer enn 50 %	<input type="checkbox"/> Uføretrygdet		
Er behandling på hjemstedet et alternativ?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis nei, angi viktigste årsak:			
Er lignende behandling forsøkt tidligere?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, angi institusjon og årstall:			
Henvisende leges vurdering av motivasjon for rehabilitering:		Meget god <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dårlig	
Anbefalt prioritet:			
Henvisende instans:			
<input type="checkbox"/> Fastlege	<input type="checkbox"/> Privatpraktiserende spesialist	<input type="checkbox"/> Sykehusavdeling	<input type="checkbox"/> Sykehuspoliklinikk
Sted/dato	Legens navn/spesialitet/signatur		

* utdypes i rulletekst, evt. i eget vedlegg

Henvisningsrutiner for 2006

Pasienter kan henvises til en av de rehabiliteringsinstitusjoner vi har avtale med fra helseforetak, fra private sykehus, dersom pasienten er behandlet der etter avtale med Helse Midt-Norge RHF eller andre RHF, fra legespesialister med driftstilskudd fra Helse Midt-Norge RHF og fra primærhelsetjenesten (fastlegen).

Henvisningene behandles av eget inntaksteam på rehabiliteringsinstitusjonen. Ved utilstrekkelig opplyste henvisninger skal henvisende instans kontaktes for utfyllende opplysninger. Rehabiliteringsinstitusjonen skal sikre at tilstrekkelig dokumentasjon foreligger før behandling starter. Nye opplysninger skal dokumenteres. Pasienter skal vurderes med hensyn til rett til nødvendig helsehjelp og rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp innenfor de diagnoser det er avtalt skal prioriteres. For øvrig legges bestemmelser om prioritering i helsevesenet, gitt i lov, forskrift eller rundskriv, til grunn.

Henviste pasienter skal avvises dersom det etter medisinsk faglig vurdering ikke finnes tilstrekkelig indikasjon på at rehabiliteringsinstitusjonens tilbud kan gi resultater i forhold til pasientens behov eller dersom den rehabilitering som kreves ligger utenfor leverandørens kompetanse. Henvisende instans skal i begge tilfeller umiddelbart orienteres skriftlig. Avvisningen skal begrunnes.

Helsetilsynet i fylket v/Fylkeslegen er klageinstans.

Dersom det er tvil om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, skal henvisende instans kunne få henvisningen vurdert ved spesialavdeling utpekt av oppdragsgiver.

Helse Midt-Norge RHF har for 2006 avtale med følgende rehabiliteringsinstitusjoner:

- Muritunet, Senter for Meistring og Rehabilitering, 6210 Valldal
- Selli Rehabiliteringssenter AS, 7540 Klæbu
- Røros Rehabiliteringssenter, 7374 Røros
- Meråker Sanitetsforenings Kurbad AS, 7530 Meråker
- Bjørnang Rehabiliteringssenter AS, 7620 Skogn
- Kastvollen Rehabiliteringssenter, 7670 Kastvollen
- IKS Namdal Rehabilitering, 7977 Høylandet

Hvis noen ønsker tilsendt ytterligere antall henvisningsskjemaer ta kontakt med:

Hojem Trykkeri as
Serviceboks 1011
7809 Namsos
Tlf.: 74 21 21 50
Telefax: 74 21 21 51
E-post: hojem@hojem.no

Helse Midt-Norge RHF