

Søknad om behandlingsreise til utlandet for voksne med postpolio syndrom / senkader etter poliomyelitt

Side 1 fylles ut av pasient, side 2 av lege. Søknadsfrist: 1. oktober for reiser påfølgende år.

Alle felt må fylles ut for at søknaden skal bli behandlet.

Søkers navn:		Fødselsnummer (11 siffer):	
Adresse:		Kjønn: Kvinne Mann	
Postnummer/Sted:		Mobil:	
E-postadresse:		Kan du kommunisere på skandinavisk? Ja Nei	
Arbeid %:	Uførepensjon %:	Annet:	Pensjonist:
Har du søkt på behandlingsreise tidligere?:		Ja Nei	Hvis ja, når reiste du sist?
Når kan du med sikkerhet ikke reise?			
Har du behov for diett? Ja Nei		Hvis ja, hvilken? Det er kun dietter av medisinsk årsak som tilbys.	
Glutenfri	Laktosefri	Diabeteskost	
Har du andre sykdommer? Ja Nei Hvis ja, hvilke?			
Tillater du at det innhentes ytterligere medisinske opplysninger?		Ja	Nei
Din fastlege (navn, adresse og telefon):			
Hvor langt kan du gå uten/ med hjelpemidler? uten: med:		Trenger du hjelp ved:	
Har du problemer med å gå i trapper?: Ja Nei		Måltider: Ja Nei	
Bruker du CPAP, VPAP eller BIPAP?: CPAP VPAP BIPAP		Personlig hygiene: Ja Nei	
Har du behov for rullestolassistanse på flyplassene? Ja Nei		Av / påkledning: Ja Nei	
Hvis ja, hvilke: Hjelp frem til utgangen av flyet (gate) Til flydør Til flysetet		Forflytning: Ja Nei	
Medbringer du rullestol? Ja Nei		Hvis ja, hvilken: Manuell Manuell m/hjelpemotor Elektrisk	
For å medbringe rullestol må mål, vekt og batteritype oppgis:			
Lengde:	Høyde:	Bredde:	Vekt:
Batteri: Tørrcelle Gele Lithium	v/ lithium må Volt og Ampere oppgis: Volt:		Ampere:
Trener du regelmessig? Hvis ja, oppgi type aktivitet og antall ganger per uke			
Ja Nei			
Beskriv kort din målsetning for behandlingsoppholdet:			
Vintersol har elektriske scootere til utleie. Utgifter til leie må du dekke selv. Kun ett kryss. Må leie elektrisk scooter Ønsker å leie elektrisk scooter			
Dersom det tilkommer endringer i din helsetilstand i tiden etter at du har sendt inn søknaden er det viktig at du sender oss nye opplysninger og legenotater med relevant informasjon.			
Dato og søkers underskrift:			

Søknaden **må** sendes samlet (side 1 og 2) sammen med aktuelle epikriser/medisinske notater til:
Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Seksjon for Behandlingsreiser, Postboks 4950 Nydalen, 0424 OSLO.
Søknader hvor vi ikke mottar begge sidene vil ikke bli registrert før vi har mottatt komplett søknad.

Legeerklæring ved søknad om behandlingsreise til utlandet for pasienter med postpolio syndrom/senskader etter poliomyelitt

Alle felt må fylles ut for at søknaden skal bli behandlet.

<p>Navn på pasient:</p> <p>Fødselsnummer:</p>	<p>Hjerte- eller karsykdom? Ja Nei</p> <p>Hvis ja, spesifiser:</p> <p>Andre kjente sykdommer? Ja Nei</p> <p>Hvis ja, hvilke?</p> <p>Kjente psykiske sykdommer (f. eks demens, depresjon)</p> <p>Ja Nei</p> <p>Hvis ja, hvilke?</p> <p>Kjent alkohol, narkotika eller medikament misbruk?</p> <p>Ja Nei</p> <p>Hvis ja, spesifiser:</p> <p>Har pasienten vært innlagt i sykehus det siste året?</p> <p>Ja Nei</p> <p>Hvis ja, hvorfor?</p> <p><u>Hvis ja</u> på noen av ovennevnte, vennligst legg ved relevante medisinske notater. Kan det påvirke evnen til å delta i daglig trening?</p>
<p>Når og hvor var diagnosen postpolio syndrom/sequele etter poliomyelitt satt? Epikrise ønskes vedlagt</p> <p>Når og hvor var siste besøk hos nevrolog, evt. rehabiliteringsopphold? Epikrise ønskes vedlagt.</p>	<p>Hvor langt kan pasienten gå?</p> <p>Går uten hjelpemidler Ja Nei</p> <p>Kan gå trapper Ja Nei</p> <p>Bruker krykker Ja Nei</p> <p>Bruker rullestol Ja Nei Av og til</p>
<p>Beskriv pasientens nåværende problemer:</p>	<p>Har pasienten behov for ledsager pga nedsatt funksjonsevne?</p> <p>Ja Nei Må dokumenteres og bekreftes i eget skriv.</p> <p>Kan pasienten kommunisere på skandinavisk?</p> <p>Ja Nei</p>
<p>Fysisk /psykiske forutsetninger for trening:</p>	<p>Blodtrykk: Vekt: Høyde:</p>
<p>Medikamenter:</p>	<p>Legens navn/adresse:</p> <p>Dato / signatur / stempel:</p>
<p>Vurdert/dato/signatur (Utfylles av Behandlingsreiser)</p>	