

Konsultationsremiss

Planerad specialiserad neurologisk rehabilitering

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 specialiserade neurologiska rehabiliteringsperioden?

Bedöms patienten kunna tillgodogöra sig rehabiliteringen? Ja Tveksamt Nej

Aktuella rehabiliteringskontakter i öppenvård? (Namn, profession, kontaktuppgifter)

Ange tidigare insatser med specialiserad neurologisk rehabilitering (datum och vårdgivare)

Aktuellt substansbruk?

Aktuellt ADL-status

Varning (exempel: överkänslighet, smitta, epilepsi eller annat)

Underskrift

Underskrift av remitterande läkare

Datum

Namnförtydligande