

Pasientens søknad om behandlingsreise til utlandet for voksne med revmatisk inflammatorisk leddsykdom

Søknadsfrister: **1. mars** for reiser 2. halvår samme år. **1. september** for reiser 1. halvår påfølgende år.

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

Søkers navn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:	Mobil:
Postnummer/sted:	Kjønn: Kvinne <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/>
Søkers e-postadresse:	Kan du kommunisere på skandinavisk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Pårørende som kan treffes under oppholdet (navn, telefon, e-post):	
<input type="checkbox"/> Arbeid % ____ <input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger % ____ <input type="checkbox"/> Uførepensjon/stønad % ____ <input type="checkbox"/> Pensjonist	
Har du søkt på behandlingsreise tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, når reiste du sist?	
Når kan du med sikkerhet ikke reise?: (Vi gjør oppmerksom på at avgrenset tidsperiode begrenser muligheten for tilbud.)	
Har du noen tilleggs sykdommer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, hvilke?	
Har du behov for diett? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Det er kun dietter av medisinsk årsak som kan tilbys (glutenfri, laktosefri, diabeteskost) Hvis ja, hvilken?	
Tillater du at det innhentes ytterligere medisinske opplysninger hvis dette er nødvendig ved behandling av søknaden din? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvor langt kan du gå (ca antall meter)? Har du problemer med å gå i trapper? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Bruker du hjelpemidler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, spesifiser: Medbringer du rullestol? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Oppgi type: Krysser du av for å medbringe rullestol må mål, vekt og batteritype oppgis: Tørrcelle Gele Lithium Ved lithium må Volt og Ampere oppgis: Vekt Lengde Bredder Høyde	Trenger du hjelp ved: Måltider <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Personlig hygiene <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Av/påkledning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Forflytning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Volt Ampere
Trener du regelmessig? J Ja Nei Hvis ja, oppgi type aktivitet og antall ganger per uke:	
Beskriv kort din målsetning for behandlingsoppholdet:	
Fastlege (navn, adresse, telefon):	
Innsøkende lege (navn, adresse, telefon):	

Dersom det tilkommer vesentlige forandringer i din helsetilstand i tiden mellom søknadens innsendelse og avreise, er det viktig at du sender oss nye opplysninger og legemøter med relevant informasjon.

Søknaden **må** sendes sammen med legeerklæring og aktuelle epikriser til: Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Seksjon for Behandlingsreiser, Postboks 4950 Nydalen 0424 Oslo

.....
Dato

.....
Søkers underskrift