

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

Søknadsfrister: 1. mars for reiser 2. halvår samme år; 15. september for reiser 1. halvår neste 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 <b>ikke</b> 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 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 <b>må</b> 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 legemerknader 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