

Søknad om behandlingsreise til utlandet for voksne med revmatisk inflammatorisk leddsykdom.


Side 1 fylles ut av pasient, side 2 av lege. 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:	Kjønn:	Kvinne	Mann		
Postnummer/Sted:	Mobil:				
E-postadresse:	Kan du kommunisere på skandinavisk? Ja Nei				
Arbeid %:	Arbeidsavklaringspenger %:	Uførepensjon %:	Annet:	Pensjonist:	
Har du søkt på behandlingsreise tidligere?:	Ja	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 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 (ca antall meter)?:	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
Medbringer du rullestol?:	Ja	Nei	Av / påkledning:	Ja Nei	
Ved ja, oppgi type:	Forflytning:			Ja Nei	
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:					
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 voksne med revmatisk inflammatorisk leddsykdom

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

Name of patient:		Any heart or vessel disease? Yes No
Birth number:		Which?
Diagnosis:		Other known somatic or psychiatric diseases? Yes No
When and where was the diagnosis made? Please enclose relevant medical note (new applicants)		Which?
When and where was the last visit at a rheumatologist? Please enclose relevant medical note.		Has the patient been hospitalized the last year? Yes No
HLA-B 27? Yes No Anti-CCP pos? Yes No		Any special information (other handicap, mental condition) Yes No
Positive X-ray/MR/CT IS-joints? Yes No		Any known alcohol, drug or medication abuse? Yes No
X-ray/MR/CT showing arthritis? Yes No		If yes on any of the above questions, please specify and enclose relevant medical notes. Could it be a problem for participation in a daily exercise program?
If yes , please enclose relevant radiological description (new applicants)		Har pasienten behov for ledsager pga nedsatt funksjonsevne? Ja Nei
If yes, which joints?		Må dokumenteres og bekreftes i eget skriv.
Atlantoaxial subluxation? Yes No Not examined		Kan pasienten kommunisere på skandinavisk? Ja Nei
If yes , please enclose cervical spine X-ray description, and a neurosurgical evaluation if available		How far can the patient walk? If unable of walking stairs or without support, using one or two crutches or wheelchair, please specify:
Joint status: Swelling / Deformities Swelling / Deformities Yes/No Yes/No Yes/No Yes/No		Medication:
Shoulders Hips		Doctors name and adress:
Elbows Back		
Fingers/ Wrist Ankles/ Toes		Date: 
Other Knees		
▼ Which joints?		Stamp
Please describe the patients present problems:		
Blood pressure:		Signature
Weight: Height:		
Evaluation/date/signature (Utfylles av Behandlingsreiser)		