Stockholms läns landsting

ANSÖKAN
om rehabilitering utomlands/Klimatvård

Datum

Härmed ansöker jag om rehabilitering utomlands

Efternamn	☐ **Kvinna** ☐ **Man**		Personnummer
Förnamn	Tel bostad	Tel arbete	Mobil
Utdelningsadress (gata, box etc)	Titel, sysselsättning		
Postnummer och ort	Förvärvsarbete ☐ **100 %** ☐ **75 %** ☐ **50 %** ☐ **25 %**		
Är för närvarande sjukskriven ☐ **100 %** ☐ **75 %** ☐ **50 %** ☐ **25 %**	Ålderspensionär/Förtidspensionär/Sjukbidrag ☐ **100 %** ☐ **75 %** ☐ **50 %** ☐ **25 %**		
Närmast anhörig, namn	Tel bostad	Tel arbete	Mobil
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer och ort		

Mina förväntningar och målsättningar med rehabiliteringen
Eventuella önskemål (t ex rehabiliteringsanläggning och tidpunkt)
Jag lämnar mitt tillstånd att rehabiliteringsanläggningen får inhämta upplysningar och journaler som har betydelse för mitt hälsotillstånd. ☐ **Ja** ☐ **Nej**
Om min ansökan bifalles förbinder jag mig att följa gällande föreskrifter för resa och rehabioliteringsanläggning. **Datum:** **Namnteckning:**

Ifylles av läkare som utfärdat remissen

Patientens arbetsförmåga ☐ **Nedsatt minst hälften pga sjukdom.** ☐ **Nedsatt minst hälften om vården inte kommer till stånd.**	
Datum	Underskrift
Telefon / Fax	Namnförtydligande

Ifylles av beslutsfattare

Patienten är lämplig för rehabilitering utomlands ☐ **Ja** ☐ **Nej** **Om nej, ange orsak:**	
Datum	Underskrift
Telefon / Fax	Namnförtydligande

Nässjötryckeriet AB