

Egensøknad for voksne med postpolio syndrom/senskader etter poliomyelitt

 (Side 1 og 2 fylles ut av søker, side 3 av legen) **NB! Alle felt må fylles ut**

Søkers navn:		Fødselsnummer (11 siffer):	
Postadresse:		Mobil:	
Postnummer	Poststed	Telefon (privat / jobb):	
Pårørende som kan treffes under oppholdet (navn):		Telefon (privat / mobil / jobb):	
Fastlege (navn og telefon)			
Innsøkende lege (navn og telefon)			
Er du i arbeid?		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Har du deltatt på behandlingsreise tidligere?		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Funksjonsnivå: Du må være selvhjulpent for å kunne delta på behandlingsreise Kan du gå i trapper? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvor langt kan du gå uten hjelpemidler? _____ Hvor langt kan du gå med ganghjelpemidler? _____		Hjelpebehov under oppholdet i forbindelse med:	
Hvilke hjelpemidler bruker du:		Ja	Nei
	Ja	Nei	Medbringes
	Nei	Medbringes	Medbringes ikke
Rullator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krykker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthoser, skinner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPAP/BIPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuell rullestol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuell rullestol m/ hjelpemotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrisk rullestol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi gjør oppmerksom på at elektriske rullestoler/manuelle rullestoler med hjelpemotor MÅ ha batteri som er godkjent for fly.		Ønsker du å leie elektrisk scooter? (kun Vintersol) Utgifter til leie må du dekke selv.	
Krysser du av for å medbringe rullestol må mål og vekt oppgis:		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Vekt	_____		
Lengde	_____	Bredde	_____
		Høyde	_____
Hvis du medbringer rullestol, hva trenger du hjelp til?			
Hjelp frem til gaten	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Hjelp frem til flyet	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Hjelp frem til setet	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	

Har du noen tilleggssykdommer? Hvis ja, hvilke:

Er du allergisk? Hvis ja, for hva:

På hvilken måte hemmes du av dine senskader (smerter, muskelsvakhet, balanse, bevegelighet, kondisjon, tretthet etc)?

Trener du regelmessig? Ja Nei Hvis ja, oppgi type aktivitet og antall ganger per uke

Behandlingsopphold vil innebære 4 uker med daglig gruppetrening i basseng og i sal, samt individuell fysioterapi. Beskriv dine fysiske/ psykiske forutsetninger for å delta i et slikt behandlingsopplegg?

Beskriv kort din målsetning for behandlingsoppholdet

Evt. andre opplysninger som kan ha betydning for behandlingsoppholdet

Tillater du at det innhentes ytterligere medisinske opplysninger hvis dette er nødvendig ved behandling av søknaden din? Ja Nei

Tidsperiode du **IKKE** kan reise _____

Vi gjør oppmerksom på at din søknad ikke vil bli vurdert for turer i overnevnte periode og din sjanse for tildeling reduseres tilsvarende. Vi gjør også oppmerksom på at det kun gis ett tilbud i året. Mulighet for endring av avreisetidspunkt er kun aktuelt ved medisinske indikasjoner, spesifisert i legeattest. Eventuell endring er avhengig av ledig kapasitet.

Dato: ____/____/20____

Søkers underskrift

Legeerklæring ved søknad om behandlingsreise til utlandet for pasienter med postpolio syndrom/senskader etter poliomyelitt

Navn på pasient:	Hjerte- eller karsykdom? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>																					
Fødselsnummer:	Andre kjente tilleggdiagnoser? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke?																					
Når, hvor og hvordan var diagnosen postpolio syndrom/sequele etter poliomyelitt satt? Epikrise ønskes vedlagt	Kjente psykiske sykdommer (f. eks demens, depresjon) Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, spesifiser:																					
Når og hvor var siste besøk hos nevrolog, evt. rehabiliteringsopphold?	Kjent alkohol, narkotika eller medisin misbruk? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, spesifiser																					
Beskriv pasientens nåværende problemer:	Har pasienten vært innlagt i sykehus det siste året? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvorfor?																					
	Hvor langt kan pasienten gå? <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kan gå trapper</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Går uten hjelpemidler</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bruker 1 krykke</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bruker 2 krykker</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bruker rullestol av og til</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bruker rullestol alltid</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nei	Kan gå trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Går uten hjelpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruker 1 krykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruker 2 krykker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruker rullestol av og til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruker rullestol alltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei																				
Kan gå trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Går uten hjelpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bruker 1 krykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bruker 2 krykker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bruker rullestol av og til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Bruker rullestol alltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Fysisk /psykiske forutsetninger for trening:	Trenger pasienten hjelp med personlig hygiene, av / påkledning, forflytning, ved måltider Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, spesifiser																					
Medikamenter	Blodtrykk Vekt Høyde																					
Vurdert/dato/signatur (Utfylles av Behandlingsreiser)	Legens navn / adresse: Dato / signatur / stempel:																					

Søknaden med kopi av epikriser sendes til: Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Seksjon for Behandlingsreiser, PB 4950 Nydalen, 0424 OSLO.