

ANSÖKAN/REMISS
för poliklinisk rehabilitering
hos Scandinavian Rehab Center

Avenida Guadalmedina s/n, 29639 Benalmádena, Málaga, Spain
08-505 920 77, src@sarnmark.se, www.src.care

ANSÖKAN om poliklinisk rehabilitering Ifylles av patienten

Förnamn och efternamn	Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Annat	Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)	Telefon bostad inkl riktnr	Telefon arbete inkl riktnr
Postnummer och postort	Titel, sysselsättning	
Förvärsarbetande <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	Är för närvarande sjukskriven till <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%	
Ålderspensionär/Förtidspensionär/Sjukbidrag <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%	Annat	
Mina förväntningar och målsättning med rehabiliteringen		
Eventuella önskemål (t ex rehabiliteringsanläggning och tidpunkt)		
Datum	Patientens underskrift. Jag intygar att ovanstående uppgifter är korrekta	

REMISS Ifylles av remitterande läkare

Diagnos/problematik		
Rekommendation		
Datum och läkarens underskrift	Namnförtydligande	
	Telefon inkl riktnr	Telefax inkl riktnr

Övriga anteckningar

--