

MEDISINSK SYKEHISTORIE

Vennligst returner søknadsskjema i utfylt stand så snart som mulig til:

Dødehavstiftelsen, pb 111, 4001 Stavanger.

Søknaden blir vurdert av medisinsk ansvarlig. All informasjon behandles konfidensielt.



The Medical Foundation for Multidisciplinary
Rehabilitation, Education and Research.

Personnr.: Ønsker å reise i tidsrommet: fra..... til.....

Etternavn: Fornavn:

Telefon: Mobil:Epost:.....

Adresse:

Hvis aktuelt/påkrevd:

Etternavn ledsager..... Fornavn ledsager:.....

Adresse ledsager.....Alder ledsager:.....

Yrke/tidligere yrke Sivil status: Antall barn:

Nærmeste pårørende:

(Navn, adresse, telefon, mobiltelefon)

Slektskap

Fastlege:Adresse:.....Telefonnummer:.....

Spesialist:.....

Allergier:.....

Bortsett fra rehabiliteringsdiagnosen (sykdommen du kommer til Dødehavet for behandling av),
lider du av andre alvorlige sykdommer?

Utdannelse: 10 år eller mindre
Videregående/ yrkesskole
Universitet

Jobber du? Ja Nei

Hvis JA – hvor mye?

100%
Mer enn 70%
50-70%
Mindre enn 50%

Hvis NEI – hvorfor?

Sykemeldt Siden når?.....
Pensjonist Siden når?.....
Uførepensjon Siden når?.....
Arbeidsledig Siden når?.....
Student

Røyker du?/ev. hvor mye pr. dag: Nyter du alkohol?/hvor mye?

Snakker du engelsk? Ja Nei

1. Rehabiliteringsdiagnose:.....
2. Når ble du syk?.....
3. Vet du årsaker?.....
4. Er det belastning av spesielle sykdommer i familien? – i tilfelle hvilke sykdommer:
.....

5. Har du hatt sykehusinnleggelse?

Hvor?	Hvorfor?	Når?	Hvor lenge?	Type behandling?	Resultater?

6. Har du balanseproblemer? Ja Nei

7. Aktuelle symptomer/plager:.....

A. Spørreskjema:

NÅR og HVOR har du smerter?	HVOR MYE SMERTER? Ikke (0) – lite (1) – betydelig (2) – alvorlig (3)				
Morgen:	0	1	2	3	
Dagtid:	0	1	2	3	
Kveld:	0	1	2	3	
Natt:	0	1	2	3	
Hvor mye er LEDDBEVEGELIGHETEN reduert?	Ikke (0) – lite (1) – betydelig (2) – alvorlig (3)				Kommentar:
Bruker du KRYKKER? Ja/Nei					
Hvor store problem har du med å utføre dine DAGLIGE AKTIVITETER/ daglige gjøremål?	Ikke (0) – lite (1) – daglig (2) – betydelig (3) alvorlig (4) – veldig alvorlig (5)				Kommentar:
Hvor store SØVNPROBLEM har du?	Ikke (0) – lite (1) – betydelig (2) – alvorlig (3)				Kommentar:

B. Selv-evaluering/vurdering:

Gi en vurdering av din helsetilstand/plager i løpet av siste uken ved å sette en sirkel på denne skalaen.

Veldig dårlig ←————→ Veldig bra

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

