

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) |
| 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) |
| Hvor store SØVNPROBLEM har du? | Ikke (0) – lite (1) – betydelig (2) – alvorlig (3) |
| | Kommentar: |
| | Kommentar: |
| | 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 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

8. Har du gjennomgått noen operasjoner?

.....

9. Behandling du mottar eller har mottatt tidligere:

| | Ja | Nei | Tidligere |
|-------------------------------|--------|------|-----------|
| Medisiner | | | |
| Fysioterapi | | | |
| Sportslige aktiviteter | | | |
| Alternativ medisin/behandling | | | |
| Annet | | | |
| Operasjon/kirurgi | | | |
| Vitamin D nivå test | Nmol/l | Når: | |

10. Medisinbruk:

| Produkt- navn | Dose | Forordning/ brukes slik | Siden | Inntil |
|---------------|------|----------------------------|-------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Jeg bekrefter herved å ha gitt korrekt informasjon, slik at behandlingsansvarlig lege kan vurdere om jeg oppfyller kriteriene for behandling ved Dødehavsklinikken.

Medisinsk ansvarlig kan avslå min søknad dersom det skulle vise seg at medisinske opplysninger bevisst er holdt tilbake.

Jeg godtar at mine opplysninger blir registrert hos Dødehavsklinikkens samarbeidspartner, DMZ Medical Center, i forbindelse med vurdering av søknad og tilrettelegging av behandling.

Behandlingsansvarlig lege ved Dødehavsklinikken vil fortløpende vurdere min medisinske tilstand og kan til enhver tid avbryte oppholdet, dersom det viser seg at min tilstand ikke er forenlig med fortsatt medisinsk rehabilitering ved Dødehavsklinikken.

Jeg samtykker hermed til at anonymiserte data fra mitt behandlingsopphold ved Dødehavsklinikken kan brukes til forskning/evaluering av denne klimabehandlingen.

.....
Dato

.....
Sted

.....
Underskrift