

HELSEOPPLYSNINGER

Skjemaet fylles ut av fastlege eller spesialist og returneres til:
Dødehavstiftelsen, Pb 111, 4001 Stavanger



Eksklusjonskriterier:

Ustabil hjertesykdom, alvorlig hjerterytmeforstyrrelse, fotosensitivitet, malignt melanom, alvorlig nyresvikt, ustabil epilepsi, alvorlig psykisk sykdom, kognitiv svikt, tablett- og alkoholmisbruk.

- | | | | |
|-------------------|---|-------------------|---|
| Indikasjon | <ul style="list-style-type: none">• Muskel- og skjelettlidelser: revmatologiske lidelser, kronisk smertesyndrom, fibromyalgi, belastnings- og slitasjelidelser, osteoporose.• Kronisk utmattelsesyndrom, ME/CFS• Hudsykdommer: psoriasis, vitiligo, atopisk eksem• Kronisk lungesykdom: astma og KOLS.• Long Covid-19, helseplager etter korona infeksjon | Kriterier: | <ul style="list-style-type: none">• Søkere må være selvhjulpne.• Søkere ≥ 80 år må ha med ledsager.• Søkere ≥ 75 år frarådes opphold i den varmeste perioden, dvs. mai/juni og aug./sept. |
|-------------------|---|-------------------|---|

Bruk av medisiner forordnet av lege opprettholdes under behandlingsoppholdet. Deltagerne må medbringe egne medisiner for 3-4 ukers opphold.

For pasient som er under behandling (eller har vært under behandling siste tre år) med biologiske preparat, må det sendes en oppdatert QFT (tidl. tuberkulintest) før behandlingsplass kan bekreftes.

Navn: _____ Person nr.: _____

Adresse: _____

Rehabiliterings diagnose(r): _____

Andre sykdommer: _____

Allergier: _____

Kort sykehistorie: _____

Alkohol- eller tablettoverforbruk? JA NEI

Faste medisiner (evt. legg ved utskrift): _____

Blodverdier: Hb _____ Leucocyttar _____ CRP _____ SR _____ Gamma GT _____

Kreatinin: _____ 25(OH) Vit.D: _____ Magnesium: _____

Evt. røntgenologiske funn: _____

Dersom søker er over 80 år og/eller har balanseproblemer, er søker orientert om krav om ledsager? JA NEI

JA, pasienten er fullvaksinert mot Covid-19, kryss av: Vaksine type: _____ Tidspunkt for vaksinasjon: _____

Jeg vurderer det som medisinsk forsvarlig at _____ gjennomfører tre ukers flerfaglig rehabilitering og klimaterapi.

Legens navn: _____ arbeidssted _____ telefon _____

Dato: _____ Underskrift og stempel: _____

Dersom du senere ønsker invitasjon til legekonferanser og møter, ber vi om din e-post adresse og mobiltelefonnummer. Opplysningene behandles konfidensielt.

Mobil: _____ e-post _____