

# Søknad om behandlingsreise til utlandet for voksne med revmatisk inflammatorisk leddsykdom

Side 1 fylles ut av pasient, side 2 av lege. Søknadsfrist: 15. september for reiser påfølgende år;

Søknad for: **første halvår**    **andre halvår**    **KUN ETT KRYSS**    **Alle felt må fylles ut i skjemaet**

Søkers navn:		Fødselsnummer (11 siffer):	
Adresse:		Kjønn:	Kvinne      Mann
Postnummer/Sted:		Mobil:	
E-postadresse:		Kan du kommunisere på skandinavisk? Ja                      Nei	
Arbeid %:	Arbeidsavklaringspenger %:	Uførepensjon %:	Annet:                      Pensjonist:
Har du søkt på behandlingsreise tidligere?:		Ja      Nei	Hvis ja, når reiste du sist?
Når kan du med sikkerhet ikke reise? (Vi gjør oppmerksom på at avgrenset tidsperiode begrenser muligheten for tilbud)			
Har du behov for diett?    Ja      Nei      Hvis ja, hvilken?    Det er kun dietter av medisinsk årsak som tilbys. Glutenfri      Laktosefri      Diabeteskost			
Har du andre sykdommer? Ja                      Nei                      Hvis ja, hvilke?			
Tillater du at det innhentes ytterligere medisinske opplysninger?		Ja      Nei	
Din fastlege (navn, adresse og telefon):			
Hvor langt kan du gå (ca antall meter)?:		Trenger du hjelp ved:	
Har du problemer med å gå i trapper?:		Ja      Nei	Måltider:                      Ja      Nei
Bruker du CPAP, VPAP eller BIPAP?:		CPAP      VPAP      BIPAP	Personlig hygiene:    Ja      Nei
Medbringer du rullestol?:		Ja      Nei	Av / påkledning:      Ja      Nei
Ved ja, oppgi type:			Forflytning:              Ja      Nei
For å medbringe rullestol må mål, vekt og batteritype oppgis:			
Lengde:	Høyde:	Bredde:	Vekt:
Batteri: Tørrcelle	Gele	Lithium	v/ lithium må Volt og Ampere oppgis: Volt:                      Ampere:
Trener du regelmessig?    Hvis ja, oppgi type aktivitet og antall ganger per uke Ja      Nei			
Beskriv kort din målsetning for behandlingsoppholdet:			
Dersom det tilkommer endringer i din helsetilstand i tiden etter at du har sendt inn søknaden er det viktig at du sender oss nye opplysninger og legenotater med relevant informasjon.			
Dato og søkers underskrift:			

Søknaden **må** sendes samlet (side 1 og 2) sammen med aktuelle epikriser/medisinske notater til:  
Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Seksjon for Behandlingsreiser, Postboks 4950 Nydalen, 0424 OSLO.  
Søknader hvor vi ikke mottar begge sidene vil ikke bli registrert før vi har mottatt komplett søknad.

## Legeerklæring ved søknad om behandlingsreise til utlandet for voksne med revmatisk inflammatorisk leddsykdom

**Alle felt må fylles ut for at søknaden skal bli behandlet.**

<p>Name of patient:</p> <p>Birth number:</p>	<p>Any heart or vessel disease?    Yes    No</p> <p>Which?</p>				
<p>Diagnosis:</p>	<p>Other known somatic disease?    Yes    No</p> <p>Other known psychiatric disease?    Yes    No</p> <p>Which?</p>				
<p>When and where was the diagnosis made?</p> <p>Please enclose relevant medical note (new applicants)</p> <p>When and where was the last visit at a rheumatologist? Please enclose relevant medical note.</p>	<p>Has the patient been hospitalized the last year?</p> <p style="text-align: right;">Yes    No</p> <p>Any special information (other handicap, mental condition)</p> <p style="text-align: right;">Yes    No</p> <p>Any known alcohol, drug or medication abuse?</p> <p style="text-align: right;">Yes    No</p>				
<p>HLA-B 27? Yes    No                  Anti-CCP pos? Yes    No</p> <p>Positive X-ray/MR/CT IS-joints?    Yes    No</p> <p>X-ray/MR/CT showing arthritis?    Yes    No</p> <p>If <b>yes</b>, please enclose relevant radiological description (new applicants)</p> <p>If yes, which joints?</p> <p>Atlantoaxial subluxation?    Yes    No    Not examined</p> <p>If <b>yes</b>, please enclose cervical spine X-ray description, and a neurosurgical evaluation if available</p>	<p>If <b>yes</b> on any of the above questions, please specify and enclose relevant medical notes. Could it be a problem for participation in a daily exercise program?</p> <p>Har pasienten behov for ledsager pga nedsatt funksjonsevne?</p> <p style="text-align: right;">Ja    Nei</p> <p>Må dokumenteres og bekreftes i eget skriv.</p> <p>Kan pasienten kommunisere på skandinavisk?</p> <p style="text-align: right;">Ja    Nei</p>				
<p>Joint status:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Swelling / Deformities</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Swelling / Deformities</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Yes/No    Yes/No</td> <td style="text-align: center;">Yes/No    Yes/No</td> </tr> </table> <p>Shoulders                                  Hips</p> <p>Elbows                                      Back</p> <p>Fingers/ Wrist                                      Ankles/     Toes</p> <p>Other                                        Knees</p> <p>▼</p> <p>Which joints?</p> <p>Please describe the patients present problems:</p>	Swelling / Deformities	Swelling / Deformities	Yes/No    Yes/No	Yes/No    Yes/No	<p>How far can the patient walk?</p> <p>If unable of walking stairs or without support, using one or two crutches or wheelchair, please specify:</p> <p>Medication:</p> <p>Doctors name and adress:</p>
Swelling / Deformities	Swelling / Deformities				
Yes/No    Yes/No	Yes/No    Yes/No				
<p>Blood pressure:</p> <p>Weight:                                  Height:</p>	<p>Date:</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div>				
<p>Evaluation/date/signature (Utfylles av Behandlingsreiser)</p>	<p style="text-align: center;">Stamp</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Signature</p>				