



Den remitterande enhetens adress och telefonnummer

För tiden

1 PERSON- UPPGIFTER OM DEN SOM SKALL REHABILI- TERAS	Släktnamn och förnamn	
	Adress	
	Hemkommun	Personbeteckning
	Personen som skall rehabiliteras befinner sig i bestående eller långvarig anstaltsavård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
2 GRUNDERNA FÖR REHABILI- TERINGEN	<input type="checkbox"/> Rehabilitering på anstalt <input type="checkbox"/> Dagrehabilitering <input type="checkbox"/> Maka/make	
	<input type="checkbox"/> Starkt nedsatt funktionsförmåga (Funktionsduglighetsklass I)	
	<input type="checkbox"/> Lindrigt eller måttligt nedsatt funktionsförmåga (Funktionsduglighetsklass II)	
	<input type="checkbox"/> Självständig (Funktionsduglighetsklass III)	
3 DIAGNOSER	Funktionellt eller medicinskt handikapp, psykosociala bakgrundsuppgifter och diagnos	
4 BAKGRUNDS- UPPGIFTER, STATUS, FUNKTIONS- FÖRMÅGA, MINNE, MEDICINER	MMSE-testresultat	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 MÅLSÄTTNING FÖR REHABILI- TERINGEN		
6 UNDER- SKRIFT	Datum	Den vårdande läkarens underskrift och namnförtydligande

**Ansökan kan sändas per post under adressen:
Rehabiliteringen av frontveteraner, PB 6600, 00099 HELSINGFORS STAD**