



Henvisning til Intensiv specialiseret genoptræning på Montebello.

Skift mellem de enkelte felter med tabulator

Fulde navn:

Cpr. nummer:

Adresse:

Telefonnummer: (MEGET vigtigt i tilfælde af af-
lysning/ ændring af rejse)

e-mail:

Egen læge:

Tlf. nr.

Henvisende læge:

Primær diagnose relateret til genoptræningsbehovet:

Bi- diagnose:

Dato for aktuel begivenhed: (operation, dato for akut for-
værring)

**Evt. operationsbeskrivelse, epikriser samt aktuelt medicinskema
vedlægges, inkl. cave og status for dispensering og administration af
medicin, ellers udfyld side 2.
(manglende dokumentation forlænger sagsbehandlingen)**

Aktuelt funktionsniveau, selvhjulpen: ja nej

Hvis nej beskriv funktionsnedsættelsen, særligt med henblik på om din
patient kan klare intensiv holdtræning og kan færdes/ træne på kuperet
terræn:

Patientens motivation for at træne intensivt:

Funktionsniveau som ønskes for patienten efter indlæggelsen:

Kan din patient gå på trapper: uden hjælpemidler ja nej med
hjælpemidler: ja nej

Brug af hjælpemidler: rollator
 stok/stokke
 andet
 pt. anvender kun hjælpemidler udendørs

Montebellosekretariatet
Frederikssundsvej 30,
3600 Frederikssund

Telefon 48 29 52 10
Direkte 48 29 52 10
Fax 48 29 46 92

Mail montebello@regionh.dk

Web www.nordsjaellandshospital.dk/
montebello

Telefontid:
mandag kl. 13.00-15.00
Tirsdag kl. 9.00-12.00
torsdag og fredag
kl. 10.00-12.00

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Misbrugsanamnese(se forklaring på hvorfor dette er vigtigt for os, på hjemmesiden under vejledning til lægen):

Har patienten/ eller har patienten haft et aktivt alkoholmisbrug: ja
nej

(hvis ja skal patienten være startet i behandling inden indlæggelse og samtykke til, at sygeplejen administrerer behandlingen under indlæggelsen)

Drikker patienten mere end de af sundhedsstyrelsens anbefalede genstande: ja nej

Har patienten nu eller tidligere haft et andet misbrug: nej ja beskriv

Er patienten aktiv bærer af MRSA, eller anden multiresistent bakterie: nej ja

(hvis ja er der taget prøver, der efterfølgende er negative?)

Andet vi skal vide:

Kontakt information, stempel og underskrift på henvisende læge:

