



Sølvgade 15-17 · DK-1307 København K
Telefon: 33 12 60 65
E-mail: info@helserejser.dk

Klimabehandling i Israel

| | | |
|--|--------|-------------------------------|
| Fulde navn | | CPR-nr. (skal udfyldes) |
| Adresse (inkl. postnr. og by) | | Telefonnr. |
| Kommune | Region | Patientens underskrift |
| Pårørendes navn, adresse, telefonnr. | | |
| Egen læges navn og adresse | | |
| UDFYLDES AF HENVISENDE DERMATOLOG Udførlig indikation for behandlingsophold til brug for kautionerende myndighed | | |
| Fra hvilket tidspunkt er patienten klar til afrejse? | Dato: | Lægens stempel og underskrift |
| Kaution meddelt: | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------|-----------------------------|
| Patientens navn | CPR-nr. | Dermatologisk diagnose | |
| Debutalder | Andre sygdomme (diagnoser) | | |
| Hospitalsindlagt <input type="checkbox"/> En gang <input type="checkbox"/> Flere gange <input type="checkbox"/> Sidst: _____ | Allergi | | |
| Bliver af sol- og havbad <input type="checkbox"/> Bedre <input type="checkbox"/> Uforandret <input type="checkbox"/> Værre | | | |
| Tidligere behandlet i Israel <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Sidst: _____ | | | |
| Behandlingsresultat <input type="checkbox"/> Rimeligt <input type="checkbox"/> Godt <input type="checkbox"/> Særdeles godt | | | |
| Hvornår fik patienten recidiv efter opholdet? | Medicin herfor: (skal medbringes af pt. til 4 ugers forbrug) Præparat: _____ Dosis: _____ | | |
| Nuværende psoriasisudbrud <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Krop <input type="checkbox"/> Ansigt <input type="checkbox"/> Negle <input type="checkbox"/> Hårbund | Behov for diæt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hviken? | | |
| For psoriasis: Hudforandringer ved undersøgelsen. Angiv evt. PASI-SCORE: HOVED: KROP: ARME: BEN: | Medicinmisbrug Alkoholmisbrug <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | |
| | Har patienten psoriasisgit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| | Andre problemer (f.eks. psykiske, sociale, fysiske hadicap) | | |
| | Dato: _____ Lægens stempel og underskrift: _____ | | |
| | Aktuel salvebehandling | | |
| Anden behandling af hudlidelsen | | | |
| Ledsymptomer | | | |
| | Smerter | Ledsvulst | Bevægelses- indskrækning |
| Håndled | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fingerled | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knæled | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hofteled | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fodled | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tåled | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre led hvilke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |