



Sølvgade 15-17 · 1307 København K
Telefon: 33 14 65 66
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:	Medicinmisbrug Alkoholmisbrug <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
HOVED:	Har patienten psoriasisgit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
KROP:	Andre problemer (f.eks. psykiske, sociale, fysiske handicap)		
ARME:			
BEN:			
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"/>
Dato:		Lægens stempel og underskrift:	