



Skelbækgade 2, 4. tv. · 1717 København V
Telefon: 33 14 65 66
E-mail: info@helserejser.dk

Klimabehandling i Jordan

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 ☐ En gang ☐ Flere gange ☐ Sidst: _____			
Bliver af sol- og havbad ☐ Bedre ☐ Uforandret ☐ Værre			
Tidligere behandlet i Israel ☐ Nej ☐ Ja ☐ Sidst: _____			
Behandlingsresultat ☐ Rimeligt ☐ Godt ☐ Særdeles godt			Allergi
Hvornår fik patienten recidiv efter opholdet?			
Nuværende psoriasisudbrud ☐ Arme ☐ Ben ☐ Krop ☐ Ansigt ☐ Negle ☐ Hårbund			
For psoriasis: Hudforandringer ved undersøgelsen. Angiv evt. PASI-SCORE:			
HOVED:			
KROP:			
ARME:			
BEN:			
Aktuel salvebehandling			Behov for diæt ☐ Nej ☐ Ja ☐ Hviken?
Anden behandling af hudlidelsen			
Ledsymptomer			
	Smerter	Ledsvulst	
Håndled	☐	☐	☐
Fingerled	☐	☐	☐
Knæled	☐	☐	☐
Hofteled	☐	☐	☐
Fodled	☐	☐	☐
Tåled	☐	☐	☐
Andre led hvilke?	☐	☐	☐
Dato:			Lægens stempel og underskrift: