# Parkinsons sygdom fase 1

# Henvisningsskema til rehabilitering på Sano

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Henvisende læge**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn |       |
| Adresse/By |       |
| Tlf. |       |
| Ydernr. |       |
| Mail |       |

 | **Henvist patient**

|  |  |
| --- | --- |
| Cpr. |       |
| Navn |       |
| Adresse/By |       |
| Tlf. |       |
| Mail |       |

 |

*Henvisningsdato* */* *–*

Henvisningsskema udfyldes af neurolog eller praktiserende læge og sendes til Sano elektronisk eller via [sanocenter.dk/upload-dokumenter](https://sanocenter.dk/upload-dokumenter)

Målgruppe

Patienter diagnosticeret med idiopatisk Parkinsons sygdom i fase 1 samt deres pårørende, dvs. i den første sygdomsfase 1-2 år efter diagnosen er stillet. Patienterne er selvhjulpne og har et behov for at opnå en højere grad af viden og forståelse for sygdommen samt forløbet heraf mhp. at forebygge og udskyde funktionsnedsættelse og komplikationer.

Der henvises endvidere til Sanos visitationskriterier, som findes på [www.sanocenter.dk/parkinsonkriterier](http://www.sanocenter.dk/parkinsonkriterier)

Hvilken diagnose er henvisningsårsag

|  |  |
| --- | --- |
| Anfør diagnose |       |
| Tidspunkt for diagnose (måned/år) |       |
| Andre diagnoser/komorbiditet |       |

Hvad er henvisningsårsagen?

Er patienten motiveret og i stand til at deltage aktivt i træning og undervisning? Ja [ ]  Nej [ ]

Har patienten fysiske lidelser (f.eks. hjerte/lungelidelser eller cerebrale

lidelser), der forhindrer deltagelse i træning og undervisning? Ja [ ]  Nej [ ]

Har patienten psykiske lidelser

(fx hallucinationer, demens eller depression) der forhindrer deltagelse i træning
og undervisning? Ja [ ]  Nej [ ]

Er patienten selvhjulpen? Ja [ ]  Nej [ ]

Er patienten i arbejde? Ja [ ]  Nej [ ]

|  |
| --- |
| Hvis ja, hvilken type job og hvor mange timer pr. uge:       |

**Højde og vægt**

|  |
| --- |
| Angiv venligst patientens højde       Angiv venligst patientens vægt       . Ved vægt > 130 kg henvises patienten til vores center i Skælskør. |

**Allergi og intolerans** Ja [ ]  Nej [ ]

|  |
| --- |
| Hvis ja, hvilke:       |

**Deltager en pårørende sammen med patienten under opholdet?** Ja [ ]  Nej [ ]

|  |
| --- |
| Hvis ja, hvad er navnet på patientens pårørende, som deltager:       |

**Relevante journaloplysninger og billeddiagnostiske beskrivelser bedes medsendt. Medicin skal være afstemt i FMK. Disse oplysninger er afgørende for, om henvisningen kan godkendes.**

Yderligere oplysninger kan skrives her:

|  |
| --- |
|       |

Dato: Underskrift henvisende læge:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_