

## Parkinsons sygdom fase 1

Henvisningsskema til rehabilitering på Sano. Sano modtager kun sygehushenvisninger.

### 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 henvisningsvejledning, der indeholder visitationskriterier:

<https://sanocenter.dk/henvisningsskemaer>

### Hvilken diagnose er henvisningsårsag

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Anfør diagnose                       |  |
| Tidspunkt for diagnose<br>(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 (jf. henvisningskriterier er vægtgrænsen på max 150 kg)

### Allergi og intolerans

Ja ☐

Nej ☐

Hvis ja, hvilke:

### Deltager en pårørende sammen med patienten under forløbet?

Ja ☐

Nej ☐

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

**Vedlæg neurologiske journaloplysninger (diagnose notat samt de sidste 2-3 ambulante notater)**

**Medicin skal være afstemt i FMK. Disse oplysninger er afgørende for, om henvisningen kan godkendes.**

**Yderligere oplysninger kan skrives her:**

Dato:

Underskrift henvisende læge:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_