

Meld deg på helsetur til Tyrkia

OBS! Pasienter som meldes på gjennom **det offentlige** trenger **ikke** fylle ut dette skjemaet.

Alle andre pasienter og alle ledsagere må fylle ut skjemaet.

Navn *	<input type="text"/>
Telefon: *	<input type="text"/>
Epost *	<input type="text"/>
Reisetype *	<input type="radio"/> Pasient <input type="radio"/> Ledsager
Adresse *	<input type="text"/>
Nærmeste pårørende: *	<input type="text"/>
Pårørendes telefon: *	<input type="text"/>
Skal du ha behandling? *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
	Ønskes massasje (jfr prisliste på infosiden) * <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvor lang tid? *	<input type="radio"/> 1 uke <input type="radio"/> 2 uker <input type="radio"/> 3 uker <input type="radio"/> 4 uker <input type="radio"/> Annet tidsrom – spesifiser nedenfor
Ankomstdato *	<input type="text"/> Flyankomst klokkeslett * <input type="text"/>
Ankomst flight-nr. (flyselskap og rutenr.) *	<input type="text"/>
Hjemreisedato: *	<input type="text"/> Flyavgang klokkeslett * <input type="text"/>
Hjemreise flight-nr. (flyselskap og rutenr.) *	<input type="text"/>
Ønsket transport *	<input type="radio"/> Hotelltransport <input type="radio"/> Ordner egen transport (taxi)
Diagnose	<input type="text"/>
Tilleggsdiagnose	<input type="text"/>

Medisin

Hvilken medisin? (1)

Mengde, tidspunkt pr døgn (1)

Hvilken medisin? (2)

Mengde, tidspunkt pr døgn (2)

Hvilken medisin? (3)

Mengde, tidspunkt pr døgn (3)

Selvhjulpenhet *

- Bruker ingen hjelpemidler, er helt selvhjulpen på reisen og under oppholdet, inkl. bagasjehåndtering på reise, daglig stell og forflytning.
- Elektrisk rullestol
- Manuell rullestol
- Reiser med ledsager
- Bruker hjelpemidler, ellers selvhjulpen

Ledsagers navn

Hvilke hjelpemidler

Tilleggsopplysninger

- Behandlingsopplegg, avtaler og instruksjon fra lege og fysioterapeut skal følges nøye.
- Det er forbudt å nyte alkohol i behandlingstiden 08.00 til 17.00, eller å komme påvirket til behandlingen.
- Det er ikke tillat å være synlig beruset på noe tidspunkt under oppholdet.

Jeg godtar herved avtalen, og bekrefter at opplysningene gitt ovenfor er korrekt. Brudd på avtalen eller uriktige opplysninger vil føre til eksklusjon fra behandlingen og hjemsendelse på egen regning.

Dato *

24.02.2015

Vilkår (lenke åpner i ny fane eller nytt vindu) *

- Jeg har lest [den praktiske informasjonen](#)

Fornavn, etternavn *

Send evt. spørsmål til:

SRC v/Tore Kihlström Johansen – Postboks 50 – 5113 Tertnes

post@srcrehab.no

Tlf: 976 29 090

OBS! Dersom du får en feilmelding ved sending, vær så snill å kopier eller skriv av feilmeldingen og send den til post@srcrehab.no