

# Vestfyns Ferieklub

For Handicappede og pårørende



## FORTROLIGT

Lægestempel:

Den: \_\_\_\_\_

Dette skema er et vigtigt dokument for Deres patient, der har ansøgt om deltagelse i en af Vestfyns Ferieklubs rejser. Da det kan blive aktuelt med hjælp fra en udenlandsk læge, beder vi Dem venligst besvare spørgsmål så fyldestgørende som muligt og helst med blokbogstaver.

Skemaet bruges også som vurdering for passende sammensætning af rejsedeltagerne samt den fornødne hjælperstab.

**BEMÆRK VENLIGST:** Ingen vil blive udelukket fra deltagelse på grund af plejemæssigt behov, kun hvor det af hygiejnisk-plejemæssige grunde er uansvarligt.

Deres patient: \_\_\_\_\_ CPR. nr.: \_\_\_\_\_

Har tilmeldt sig, Vestfyns Ferieklub for handicappede og pårørende, ferierejse til.:

Jeg ønsker at deltage i rejser til:	
I perioderne:	
Rejsen er med:	
Rejsetiden er ca.:	

Rejsedeltageren bekræfter med sin underskrift, at lægen må videregive følgende oplysninger til Vestfyns Ferieklub for handicappede og pårørende, der behandler disse **STRENGT FORTROLIGT**.

\_\_\_\_\_  
Rejsedeltagerens underskrift.

# LÆGEERKLÆRING

Vedr.: \_\_\_\_\_

Diagnoser (Latin): \_\_\_\_\_

Medicin: præparat/dosis kl. 08 12 17 21

PN. medicin.: \_\_\_\_\_

Administrerer patienten selv sin medicin.: Ja.: \_\_\_\_\_ Nej.: \_\_\_\_\_

Specielle problemer vedr. medicin/behandling?

1 - Observationer

2 - Cave

Er der specielle sundheds - og sygeplejemæssige problemer.: F.eks.

Kateter.: \_\_\_\_\_

Decubitus.: \_\_\_\_\_

Andet.: \_\_\_\_\_

Får patienten specialkost.: \_\_\_\_\_

Hvor meget hjælp får Deres patient i det daglige.: \_\_\_\_\_

Hvornår har De sidst set Deres patient: \_\_\_\_\_

Er Deres patient mentalt realistisk.: \_\_\_\_\_

Seneste hospitalsindlæggelse: \_\_\_\_\_

Seneste ændrede medicinering: \_\_\_\_\_

Anser De, at patienten kan deltage i denne rejse.: \_\_\_\_\_

Hvis der sker medicinske ændringer inden afrejsen, vil vi sætte pris på at De vil kontakte:

Formand for Vestfyens Ferieklub: **Lene Hansen tlf.: 24 66 56 88, mail: rejselene56@gmail.com**

Af hensyn til praktiske aftaler, bedes De meddele os hjemmeplejens navn.:

\_\_\_\_\_ tlf.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lægens underskrift

\_\_\_\_\_  
Dato