ANSÖKAN OM REHABILITERING (10–25 % INVALIDER)

UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE			
Skadenummer		Personbeteckning	
Efternamn			
Förnamn			
Gatuadress			
Postnummer		Postanstalt	
Telefon		E-post	

UPPGIFTER OM REHABILITERING (välj en rehabiliteringsform)		
☐ Slutenvårdsrehabilitering (2 veckor) ☐ Dagrehabilitering (10 dagar) ☐ Stödd rehabilitering i hemmet (20 behandlingstillfällen) ☐ Öppenvårdsrehabilitering (20 behandlingstillfällen) ☐ Öppen rehabilitering i hemmet (20 behandlingstillfällen)		
Rehabiliteringsinrättningens namn och tidpunkt, om ansökan gäller slutenvårdsrehabilitering, dagrehabilitering eller stödd rehabilitering i hemmet:		
Rehabiliterings-inrättningens namn		
Önskad tidpunkt		
Precisera behandlingsformerna av öppenvårdsrehabilitering för betalningsförbindelsen (högst 20 behandlingstillfällen):		
☐ fysioterapi		behandlingstillfällen
☐ massage		behandlingstillfällen
☐ fotvård		behandlingstillfällen

Om ni vill dela rehabiliteringen med maken/makan, fyll också i den sista sidan av ansökan.

Sörnäs strandväg 13, Helsingfors, PB 14, 00054 STATSKONTORET
Tfn. 0295 50 2000, Fax 0295 50 3333, www.statskontoret.fi

KARTLÄGGNING AV FUNKTIONSFÖRMÅGAN (fyll i om ansökan gäller slutenvård- eller dagrehabilitering)	
Rörelseförmåga	☐ normal eller nästan normal ☐ något försämrad ☐ behöver hjälp av en annan person
Att tvätta sig	☐ klarar det själv ☐ behöver hjälp ibland ☐ hjälp behövs hela tiden
Att klä på sig	☐ klarar det själv ☐ behöver hjälp ibland ☐ hjälp behövs hela tiden
Måltider	☐ klarar det själv ☐ behöver hjälp ibland ☐ hjälp behövs hela tiden
Hjälpmedel som används	☐ ingen ☐ ja, vilken/vilka:
Boende	☐ bor hemma ☐ bor på en serviceboendeenhet
Mer information	

- Vi rekommenderar att man alltid bifogar ett läkarutlåtande till ansökan om hälsotillståndet har försämrats betydligt efter föregående rehabiliteringsperiod eller om det har gått mer än två år sedan föregående rehabiliteringsperiod. Dessutom ska det alltid finnas ett läkarutlåtande när man för första gången ansöker om anstalts- eller dagrehabilitering. Till ansökan om öppen rehabilitering behövs ingen behandlingsordination bifogas.
- Skicka in ansökningen elektroniskt via den krypterade e-tjänsten **https://turvaviesti.valtiokonttori.fi**.
- Ansökningen kan även skickas per post: **Statskontoret, PB 60, 00054 STATSKONTORET**. Alla inlämnade dokument omvandlas till elektroniskt format och samtidigt förstörs pappersdokumenten.

Genom att lämna in ansökan försäkrar jag att de uppgifter jag gett i ansökan är riktiga. Statskontoret får vid behov skicka mina hälsouppgifter till rehabiliteringsinrättningen.	
Plats och tid	Underskrift och namnförtydligande
Ifall ansökan är ifylld för den sökandes räkning, behövs namn och kontaktuppgifter om den som fyllt i ansökan (den sökandes underskrift behövs ej)	

BILAGA: ATT DELA REHABILITERINGEN MED MAKEN/MAKAN

- En förutsättning för delad rehabilitering är att den skadade eller insjuknade redan har fyllt 65, eller fyller 65 senast under det kalenderår när rehabiliteringen börjar
- Vi rekommenderar att man alltid bifogar ett läkarutlåtande till ansökan om hälsotillståndet har försämrats betydligt efter föregående rehabiliteringsperiod eller om det har gått mer än två år sedan föregående rehabiliteringsperiod. Dessutom ska det alltid finnas ett läkarutlåtande när man för första gången ansöker om anstalts- eller dagrehabilitering. Till ansökan om öppen rehabilitering behöver ingen behandlingsordination bifogas. Statskontoret ersätter inte kostnader för makens/makans läkarutlåtande, behandlingsordination eller resekostnader.
- Makarna kan välja olika rehabiliteringsformer

UPPGIFTER OM MAKEN/MAKAN	
Efternamn	
Förnamn	
Personbeteckning	

UPPGIFTER OM REHABILITERING (välj en rehabiliteringsform)		
☐ Slutenvårdsrehabilitering (10 dagar) ☐ Dagrehabilitering (5 dagar) ☐ Stödd rehabilitering i hemmet (10 behandlingstillfällen) ☐ Öppenvårdsrehabilitering (10 behandlingstillfällen) ☐ Öppen rehabilitering i hemmet (10 behandlingstillfällen)		
Rehabiliteringsinrättningens namn och tidpunkt, om annan än invalidens:		
Precisera behandlingsformerna av öppenvårdsrehabilitering för betalningsförbindelsen (totalt max. 10 behandlingstillfällen):		
☐ fysioterapi		behandlingstillfällen
☐ massage		behandlingstillfällen
☐ fotvård		behandlingstillfällen

Sörnäs strandväg 13, Helsingfors, PB 14, 00054 STATSKONTORET
Tfn. 0295 50 2000, Fax 0295 50 3333, www.statskontoret.fi