

ANSÖKAN OM REHABILITERING (REHABILITERING FÖR SPECIALGRUPPER)

Med specialgrupper avses personer som tjänstgjort i vissa uppgifter i anslutning till Finlands krig och som beviljats rehabiliteringsrätt.

UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE			
Skadenummer		Personbeteckning	
Efternamn			
Förnamn			
Gatuadress			
Postnummer		Postanstalt	
Telefon		E-post	
Närmast anhörig (namn, adress och telefonnummer)			

UPPGIFTER OM REHABILITERING (välj en rehabiliteringsform)	
<input type="checkbox"/> Slutenvårdsrehabilitering <input type="checkbox"/> Dagrehabilitering <input type="checkbox"/> Stödd rehabilitering i hemmet <input type="checkbox"/> Öppenvårdsrehabilitering <input type="checkbox"/> Öppen rehabilitering i hemmet	<ul style="list-style-type: none">Rehabiliteringsperioden beror på funktionsduglighetsklassen funktionsduglighetsklass 3: slutenvårdsrehabilitering 10 dygn eller öppenvårdsrehabilitering 20 behandlingstillfällen funktionsduglighetsklass 2 och 1: slutenvårdsrehabilitering 14 dygn (eller högst 4 veckor) eller öppenvårdsrehabilitering 30 behandlingstillfällen
Rehabiliteringsinrättningens namn och tidpunkt, om ansökan gäller slutenvårdsrehabilitering, dagrehabilitering eller stödd rehabilitering i hemmet:	
Rehabiliteringsinrättningens namn	
Önskad tidpunkt	
Precisera behandlingsformerna av öppenvårdsrehabilitering för betalningsförbindelsen (högst 20 behandlingstillfällen):	
<input type="checkbox"/> fysioterapi	behandlingstillfällen
<input type="checkbox"/> massage	behandlingstillfällen
<input type="checkbox"/> fotvård	behandlingstillfällen



Tjänster för krigs- och militärinvalid

<input type="checkbox"/> Jag vill dela rehabiliteringen med maken/makan (gäller bara slutenvårds- och dagrehabiliteringen)			
Makens/makans namn		Personbeteckning	

KARTLÄGGNING AV FUNKTIONSFÖRMÅGAN (fyll i om ansökan gäller slutenvårds- eller dagrehabilitering)	
Rörelseförmåga	<input type="checkbox"/> normal eller nästan normal <input type="checkbox"/> något försämrad <input type="checkbox"/> behöver hjälp av en annan person
Att tvätta sig	<input type="checkbox"/> klarar det själv <input type="checkbox"/> behöver hjälp ibland <input type="checkbox"/> hjälp behövs hela tiden
Att klä på sig	<input type="checkbox"/> klarar det själv <input type="checkbox"/> behöver hjälp ibland <input type="checkbox"/> hjälp behövs hela tiden
Måltider	<input type="checkbox"/> klarar det själv <input type="checkbox"/> behöver hjälp ibland <input type="checkbox"/> hjälp behövs hela tiden
Hjälpmedel som används	<input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> ja, vilken/vilka:
Boende	<input type="checkbox"/> bor hemma <input type="checkbox"/> 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://turvaviestivaltiokonttori.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)	