

## Henvisningskriterier for rehabiliteringsopholdet 'Mad med glæde'

Patienten er blevet strålebehandlet for kræft i mundhule, strube eller svælg og har afsluttet sin strålebehandling.

Patienten har rehabiliteringsbehov på grund af spiseproblemer forårsaget af sygdom og/eller behandling. Spiseproblemerne kan være af forskellig art, fx fysisk, psykisk eller socialt.

Patienten kan deltage aktivt i hele ugeforløbet samt opfølgning, hvilket omfatter undervisning i grupper, gruppesamtaler, fysisk aktivitet og individuel vejledning med det formål at fremme egen livskvalitet.

Patienten skal være selvhjulpnen, da et REHPA-ophold ikke rummer mulighed for personlig hjælp.

Patienten skal være indstillet på at bidrage til REHPA's vidensopsamling via spørgeskemaer, interview mv.

Patienten skal kunne tale og forstå dansk.

REHPA er røgfrit område

### Ansøger

Cpr-nr. \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postnr. \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Kommune \_\_\_\_\_ Region \_\_\_\_\_

Tlf. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Fremtidig korrespondance vil foregå pr. e-mail og digital post

Sæt kryds her, hvis du ikke har mulighed for at bruge e-mail  eller digital post

Bor du alene  Ja  Nej

Civilstand  Enlig/single  Fast partner  Gift  Samboende

Har du børn under 18 år?  Ja  Nej

Speciel kost  Angiv hvilken: \_\_\_\_\_

Gangfunktion Kan du gå omkring uden hjælpemidler?  Ja  Nej

Bruger du stok  eller rollator  eller kørestol

### Egen læge

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_

Postnr. \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

### Behandlende afdeling

Navn \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

Foretrukne uger hvor du ønsker at deltage: Ugenr. \_\_\_\_\_ eller ugenr. \_\_\_\_\_

## Lægelige oplysninger

Udfyldes af lægen, men forudsættes bekendt af patienten.

Kræftdiagnose

\_\_\_\_\_

Diagnosetidspunkt

Måned: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Andre diagnoser

Behandling

Operation

Kemoterapi

Stråle-  
behandling

Andet

Begyndt dato

Afsluttet dato


Nuværende  
sygdomsstatus

\_\_\_\_\_

Hvad er  
rehabiliterings-  
behovet?  
(Skal udfyldes)

\_\_\_\_\_

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato

Læge  
Underskrift

\_\_\_\_\_

*Stempel*

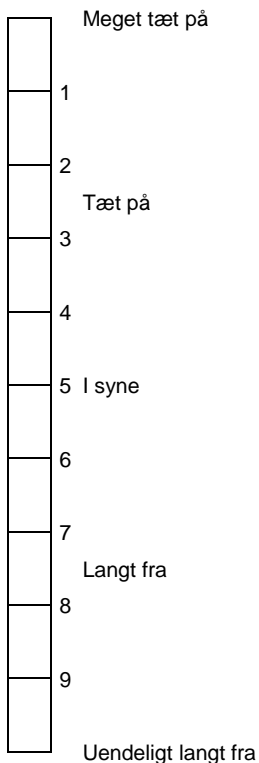
## REHABILITERINGSMÅLING: Er du på vej?

### 1. Sæt kryds på målestokken

Hvor tæt er du på – eller hvor langt er du fra – at leve det liv, du vil og kan efter eller med din kræftsygdom?

#### MÅL

Mål nået



Ingen mål / ved ikke

### 2. Hvis du kender nogle af de problemer, der forhindrer dig i at nå dine mål, så angiv hvilke områder der er tale om.

Sæt så mange krydser som nødvendigt.

#### Praktiske problemer

- Bolig
- Kost
- Pension
- Fritid
- Transport
- Børnepasning
- Offentlige myndigheder
- Økonomi
- Andre praktiske problemer
- Har du brug for hjælp?

#### Arbejds- / skoleproblemer

- Arbejdsopgaver
- Arbejdstid
- Arbejdsomfang
- Ledelse
- Kolleger
- Egne forventninger
- Andre arbejds-/skoleproblemer
- Har du brug for hjælp?

#### Familieproblemer

- Samlever
- Børn
- Andre familieproblemer
- Har du brug for hjælp?

#### Psykiske problemer

- Bekymret
- Bedrøvet
- Uden håb
- Alene / ensom med problemerne
- Deprimeret
- Nervøs
- Stresset
- Angst
- Andre følelsesmæssige problemer
- Har du brug for hjælp?

#### Fysiske problemer

- Kvalme
- Hovedpine
- Svimmelhed / balance
- Træthed
- Søvn
- Hukommelse / koncentration
- Nedsat bevægelighed
- Nedsat muskelkraft
- Muskel- eller ledsmerter
- Vægttab
- Vægtøgning
- Tænder
- Spise / drikke
- Forstoppelse / diarré
- Problemer med arvæv
- Problemer med syn / hørelse
- Problemer med hjertet
- Problemer med vejtrækning
- Problemer med vandladning
- Problemer med huden
- Problemer med håret
- Stikken & prikken i fingre / tæer
- Hævede arme / ben
- Lymfødeme
- Feber
- Hedeture
- Tørre slimhinder
- Seksuelle problemer
- Nedsat sexlyst
- Andre fysiske problemer
- Har du brug for hjælp?

#### Åndelige / religiøse bekymringer

- I forhold til Gud
- I forhold til tro
- I forhold til moral
- I forhold til skyld
- I forhold til eksistens
- Andre bekymringer
- Har du brug for hjælp?

## OPLYSNINGER OM HVORDAN DU HAR DET FYSISK OG PSYKISK

Ansøger	Sæt kryds:
<b>Kan du klare at gå udendørs i ½ til 1 time?</b>	
Gør det ikke	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>
Hvis ja:	
Bliver du træt?	<input type="checkbox"/>
Skal du have hjælp?	<input type="checkbox"/>
<b>Kan du gå på trapper til 2. sal?</b>	
Gør det ikke	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>
Hvis ja:	
Bliver du træt?	<input type="checkbox"/>
Skal du have hjælp?	<input type="checkbox"/>
<b>Jeg gør mig bekymringer:</b>	
En stor del af tiden	<input type="checkbox"/>
Meget af tiden	<input type="checkbox"/>
Engang imellem, men ikke så tit	<input type="checkbox"/>
Kun lejlighedsvis	<input type="checkbox"/>
<b>Jeg kan sidde roligt og føle mig afslappet:</b>	
Helt bestemt	<input type="checkbox"/>
Som regel	<input type="checkbox"/>
Ikke særlig tit	<input type="checkbox"/>
Slet ikke	<input type="checkbox"/>
<b>Jeg glæder mig til ting, som skal ske:</b>	
Lige så meget som før	<input type="checkbox"/>
Noget mindre, end jeg plejer	<input type="checkbox"/>
Helt klart mindre end tidligere	<input type="checkbox"/>
Næsten ikke	<input type="checkbox"/>
<b>Jeg kan nyde en god bog eller et radio-/tv-program:</b>	
Ofte	<input type="checkbox"/>
Nogen gange	<input type="checkbox"/>
Ikke særlig tit	<input type="checkbox"/>
Meget sjældent	<input type="checkbox"/>

Ansøger	
Har du deltaget i Krop og Kræft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Hvad vil du gerne have ud af opholdet? (Skal udfyldes)	
Jeg giver tilladelse til, at de oplysninger, der nævnes i henvisningen, fremsendes til REHPA, og jeg er indforstået med at bidrage med oplysninger om mine behov og erfaringer i forbindelse med centrets forskningsaktiviteter.	
Dato _____	Underskrift _____

Send henvisningen til:  
OUH Sygehusenheden i Nyborg  
Att. REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation  
Vestergade 17, 5800 Nyborg  
Telefon 3057 1059, mailadresse: [rehpa.ophold@rsyd.dk](mailto:rehpa.ophold@rsyd.dk)