

Familjevistelse/diagnos	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Retinoblastom	18 – 22 september	38	2017	1 juni

Observera: Detta är en blankett som används till alla våra vistelser varför alla frågor kanske inte passar er familj eller barnets diagnos, fyll i det som är aktuellt för er. Ågrenska lämnar preliminärt besked angående plats på vistelsen inom två veckor efter sista ansökningsdatum.

Vårdnadshavare 1			Vårdnadshavare 2		
Förnamn			Förnamn		
Efternamn			Efternamn		
Adress			Adress		
Postnr	Ort		Postnr	Ort	
Tel bostad		Mobil	Tel bostad		Mobil
E-post adress			E-post adress		
Län			Län		
<input type="checkbox"/> Vanlig kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Annan kost	<input type="checkbox"/> Vanlig kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Annan kost
Specificera annan kost			Specificera annan kost		
Allergi			Allergi		

Barnet med diagnos					
Förnamn			Efternamn		
Diagnos	Född år	mån	dag	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Flicka
Annan funktionsnedsättning					
Vad medför detta för barnet					
Använder sig barnet av några hjälpmedel och i så fall vilka					
Vilket år insjuknade barnet			När avslutades behandlingen		
Mediciner					
Har barnet personlig assistans kväll/natttid som måste medfölja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Har barnet resursperson i förskolan/skola/fritids <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Förskola/Grundskola		Åk	Annan skolform		Åk

Behöver hjälp med: På- avklädning Matning Toalettbesök
 Säng: Vanlig säng Spjålsäng
 Kost: Vanlig kost Vegetarisk kost Annan kost

Specificera annan kost _____
 Allergi _____

Konsultsjuksköterska		
Konsultsjuksköterska	Sjukhus	Tel
Skolpersonal , går det bra att vi kontaktar barnets förskola, skola för att informera om utbildningsdagarna		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Namn på person att ringa		Tel

Barnets namn som ansökan gäller _____

Medföljande syskon		Född år	Mån	Dag	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Flicka
Förnamn		Efternamn				
Förskola/Grundskola		Åk	Annat skolform			Åk
<input type="checkbox"/> Vanlig kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Annan kost		<input type="checkbox"/> Vanlig säng	<input type="checkbox"/> Spjålsäng	
Specificera annan kost						
Allergi						
Övriga upplysningar						

Medföljande syskon		Född år	Mån	Dag	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Flicka
Förnamn		Efternamn				
Förskola/Grundskola		Åk	Annat skolform			Åk
<input type="checkbox"/> Vanlig kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Annan kost		<input type="checkbox"/> Vanlig säng	<input type="checkbox"/> Spjålsäng	
Specificera annan kost						
Allergi						
Övriga upplysningar						

Medföljande syskon		Född år	Mån	Dag	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Flicka
Förnamn		Efternamn				
Förskola/Grundskola		Åk	Annat skolform			Åk
<input type="checkbox"/> Vanlig kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Annan kost		<input type="checkbox"/> Vanlig säng	<input type="checkbox"/> Spjålsäng	
Specificera annan kost						
Allergi						
Övriga upplysningar						

Övrigt:

Behöver tolk, vilket språk _____

 Anländer till Ågrenska med Bil Tåg Flyg

 Fått inbjudan via Sjukhus, habilitering, vilken _____

 Annan _____

 Deltagit i tidigare vistelse på Ågrenska Nej Ja, vilket år _____ Diagnos _____

Finns det andra behov i familjen som vi behöver ta hänsyn till _____

Sänd ansökan till: Ågrenska, Familjeverksamheten, Box 2058, 436 02 Hovås