

Familjevistelse/diagnos	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Kraniofaryngeom	17 – 21 september	38	2018	7 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.

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"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost		<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost	
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		Har barnet resursperson i förskolan/skola/fritids		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Förskola/Grundskola	Åk	Annat skolform		Åk

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

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	Annan skolform		Åk	
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost		<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	Annan skolform		Åk	
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost		<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	Annan skolform		Åk	
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost		<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 _____

Genom att lämna uppgifter om ditt namn och e-postadress godkänner du att Ågrenska registrerar dina uppgifter i vårt administrativa system. Vi använder uppgifterna för att skicka information om våra verksamheter. Du har möjlighet att få tillgång till de uppgifter vi registrerar om dig och att få uppgifterna raderade. Vi lämnar inte ut uppgifterna till annan person eller verksamhet.

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