

ANSÖKAN TILL FAMILJEVISTELSE PÅ ÅGRENSKA



Familjevistelse/diagnos	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
22q11-deletionssyndrom	16-20 april	16	2018	11 januari

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. Information om kommande familjevistelser och sista ansökningsdag finns på www.agrenska.se
Genom att fylla i ansökan godkänner jag att Ågrenska lagrar uppgifterna enligt personuppgiftslagen, PUL.

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 specialkost		Specificera specialkost	
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				
Kommunicerar med (tal, tecken, bilder, kroppsspråk/gester)				
Mediciner				
Har barnet personlig assistans kväll/nattetid 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: Vegetarisk kost Glutenfri kost Laktosfri kost Specialkost

Specificera specialkost _____

Allergi _____

Behandlande läkare	Sjukhus	Tel
Går det bra om Ågrenska kontaktar barnets förskola/habilitering för att informera om utbildningsdagarna		
<input type="checkbox"/> Ja, 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		
Specifitera specialkost						
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		
Specifitera 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		
Specifitera specialkost						
Allergi						
Övriga upplysningar						

Övrigt:

Behöver tolk, vilket språk _____

Anländer till Ågrenska med Bil Tåg FlygFått 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