

ANSÖKAN TILL FAMILJEVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Familjevistelse för familjer som har mist sitt barn i en cancersjukdom för minst 1 år sedan	21-24 april	17	2020	7 januari 2020

Förälder		Förälder	
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 vi mist				
Förnamn		Efternamn		
Diagnos	Född år	mån	dag	<input type="checkbox"/> Pojke <input type="checkbox"/> Flicka
Datum för barnets död				

Konsultsjuksköterska		
Konsultsjuksköterska	Sjukhus	Tel

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						

ANSÖKAN TILL FAMILJEVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

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 _____

Signatur vårdnadshavare och barn från 16 år.

Enligt nya dataskyddsförordningen, GDPR krävs samtycke från vårdnadshavare och barn från 16 år för registrering av personuppgifter, se nedan

Förälder 1	Förälder 2	Barn/ungdom från 16 år	Barn/ungdom från 16 år
------------	------------	------------------------	------------------------

Genom att lämna uppgifter om era personer godkänner ni att Ågrenska registrerar era uppgifter i vårt administrativa system. Vi använder uppgifterna i våra interna register, för uppföljning och för att skicka information om våra verksamheter. Dessutom kan dina uppgifter vid behov användas vid kontakt med konsultsjuksköterska, sjukonstödare och Barncancerfonden samt remitterande/betalningsansvarig i samband med ansökan.

Därutöver lämnar vi inte ut uppgifterna till annan person eller verksamhet.

Du har möjlighet att få tillgång till de uppgifter vi registrerar om dig, få dem rättade, få dem raderade och få dem flyttade.

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