

Inbjudan Familjevistelse

26-29 april 2022

Vi som mist vårt barn i en cancersjukdom



Att förlora sitt barn är svårt och det påverkar hela familjen. Kanske kan bara de som upplevt detsamma riktigt förstå. För att få tillfälle att reflektera och möta andra familjer som förlorat sitt barn och sitt syskon i en cancersjukdom erbjuder Barncancerfonden varje år en familjevistelse på Ågrenska, Lilla Amundön i Göteborgs södra skärgård.

Vistelsen riktar sig till familjer med föräldrar och syskon som mist ett barn/syskon i cancer för minst ett år sedan.

Föräldrarna får under vistelsen möjlighet att bearbeta sina upplevelser tillsammans med andra som förlorat sitt barn. Föreläsningar inom olika områden varvas med diskussioner där deltagarna utbyter tankar och erfarenheter för att få verktyg att hantera vardagen.

Ågrenskas barn- och ungdomsteam planerar och håller i programmet för barnen och ungdomarna. Syskonen får möjlighet att bearbeta sina upplevelser tillsammans med andra med liknande erfarenhet. I programmet ingår förskola, skola och fritidsaktiviteter. Det finns möjlighet att göra eventuella nationella prov samt andra skoluppgifter. I teamet arbetar specialpedagoger, förskollärare, fritidsledare och sjuksköterskor.

Självklart innehåller veckan också trevliga gemensamma aktiviteter på denna vackra ö.

Ansökan

Ansökningsblankett finns bifogat och på agrenska.se under "Familjevistelser"
Ansökan skickas till: [Ågrenska, Familjeverksamheten, Box 2058, 436 02 Hovås](mailto:Annica.Jansson@agrenska.se)
Besked om plats till vistelsen lämnas inom två veckor efter sista ansökningsdag

Kostnad

Vistelse och resa bekostas av Barncancerfonden

Vid frågor kontakta

Annica Jansson, Familjeverksamheten, Ågrenska
031-750 91 62, annica.jansson@agrenska.se

Läs gärna mer på agrenska.se och barncancerfonden.se

ANSÖKAN TILL FAMILJEVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Vi som mist vårt barn i en cancersjukdom	26-29 april	17	2022	15 februari

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	Annat 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 konsultsjukskötterska, systemstödare 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:
Annica Jansson, Ågrenska, Familjeverksamheten, Box 2058, 436 02 Hovås**