

<b>Familjevistelse/diagnos</b>	<b>Datum</b>	<b>Vecka</b>	<b>År</b>	<b>Sista ansökningsdag</b>
<b>Neuroblastom</b>	<b>20-24 september</b>	<b>38</b>	<b>2021</b>	<b>10 juni</b>

<b>Vårdnadshavare 1</b>		<b>Vårdnadshavare 2</b>	
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/Allergi		Specificera annan kost/Allergi	
Övrigt		Övrigt	

<b>Barnet med diagnos</b>				
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:  
 Vegetarisk kost  
 Glutenfri kost  
 Laktosfri kost  
 Specialkost

Specificera specialkost/Allergi \_\_\_\_\_

Övriga upplysningar	
Konsultsjuksköterska	Sjukhus
Går det bra om Ågrenska kontaktar barnets skola/förskola för att informera om utbildningsdagarna <input type="checkbox"/> Ja, Skola/Förskola _____ Tel _____	

Barnets namn som ansökan gäller					
<b>Medföljande syskon</b>		<b>Född år</b>	<b>Mån</b>	<b>Dag</b>	<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					

<b>Medföljande syskon</b>		<b>Född år</b>	<b>Mån</b>	<b>Dag</b>	<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					

<b>Medföljande syskon</b>		<b>Född år</b>	<b>Mån</b>	<b>Dag</b>	<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 \_\_\_\_\_

Fått inbjudan via \_\_\_\_\_

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

 Anländer till Ågrenska med  Bil  Tåg  Flyg

**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

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 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, syskonstödjare 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**