



# VALJEVIKEN

Tel 0456 - 151 15  
Box 94 · 294 22 SÖLVESBORG  
www.valjeviken.se

## Ansökan om vistelse på Valjeviken tiden \_\_\_\_\_

Dokumentnamn: QBF 7.5.18 Ansökningsblankett rehab

Efternamn, förnamn (tilltalsnamnet understruket)		Personnr.	
Bostads- och postadress			
Telefon	Mantalskrivningskommun	Län	Civilstånd
Närmaste anhörig/kontaktperson		Telefon bostaden	Telefon arbetet
<input type="checkbox"/> Rehabilitering <input type="checkbox"/> Diagnoskurs		<b>Jag använder följande hjälpmedel:</b>	
Har personlig assistent hemma <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ      Antal tim/vecka .....		<input type="checkbox"/> Rullstol, manuell	
Medföljer personlig assistent <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ      eller anhörig <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		<input type="checkbox"/> Rullstol, el.	
<b>Jag behöver hjälp med följande: (markera med kryss)</b>		<input type="checkbox"/> Rollator	
<b>ADL</b>	helt   delvis   ej alls	<input type="checkbox"/> Gånghjälp.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lyft	
<b>Förflyttning</b> Köra rullstol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ortop. bandage	
		<input type="checkbox"/> .....	
<b>Måltider</b> Matning	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Status</b>	
I behov av specialkost _____		<input type="checkbox"/> Sår	
		<input type="checkbox"/> Waran el. AP	
		<input type="checkbox"/> Diabetes	
		<input type="checkbox"/> Demens	
		<input type="checkbox"/> Hjälp med medicin	
		<input type="checkbox"/> Hjälp med injektioner	
		<input type="checkbox"/> .....	
		<input type="checkbox"/> .....	
		Längd	
		Vikt	

Jag lämnar samtycke till att mina personuppgifter och mitt personnummer får användas av Valjeviken. Jag medger även att vistelserapport skickas till betalningsansvarig och remitterande läkare efter avslutad period:

Underskrift av sökande

### LÄKARUTLÅTANDE

#### Diagnos:

Sjukdomsdebut år

Funktionshinder och handikapp (somatiskt, psykiskt och socialt):

Syfte / målsättning med behandlingen / rehabiliteringen / folkhögskolekursen

#### OBS! Bifoga aktuell medicinlista

Datum	Underskrift av läkare m. namnförtydligande	Tjänsteställe samt adress, ev. stämpel
-------	--	--

Ansökan insändes först till Valjeviken som söker bidrag.

Fastställt/godkänd av: Jan Karlsson  
Framtaget av: Cecilia Ottosson

Utgåva: 2  
Datum: 2012-02-02

Återsändes i odelat skick till Valjeviken  
Sidan 1 av 1