



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		Jag använder följande hjälpmedel:	
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.	
Jag behöver hjälp med följande: (markera med kryss)		<input type="checkbox"/> Rollator	
ADL	helt delvis ej alls	<input type="checkbox"/> Gånghjälp.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lyft	
Förflyttning Köra rullstol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ortop. bandage	
	Från/till rullstol	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Måltider Matning	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Status	
	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"/> Hjälpt med medicin	
		<input type="checkbox"/> Hjälpt 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.

Fastställd/godkänd av: Daniel Unnerbäck
Framtaget av: Cecilia Ottosson

Utgåva: 3
Datum: 2019-06-27

Återsändes i odelat skick till Valjeviken
Sidan 1 av 1