

ANSÖKAN OM VISTELSE PÅ FURUBODA

Efternamn, tilltalsnamn: _____ Personnr: _____

Gatuadress: _____ Telefon: _____

Postnr och postort: _____ Telefon arbete: _____

E-post: _____ Mobiltelefon: _____

Närmaste anhörig: _____ Telefon: _____

Kontaktperson: _____ Telefon: _____

Vistelsen avser: _____ Tiden: _____

Sommarperiod Kort kurs Annat eller 2:a hands val _____

Assistans eller medföljande sällskap

Jag önskar assistans av Furubodas personal.

Jag är beviljad assistentersättning LASS av Försäkringskassan _____ tim/dag

Jag har medföljande assistent/er med mig under hela min vistelse. Antal: _____

Jag har medföljande assistent/er under vistelsen, men behöver även få assistans av Furubodas personal.

Antal tim/dag _____ Ungefär vilka tider: _____

Jag klarar mig helt utan assistans av Furubodas personal.

Jag önskar bo gemensamt med medföljande assistent, namn: _____

Medföljande assistent önskar bo i annat rum, namn: _____

Övriga assistenters namn: _____

Jag har medföljande anhörig/sällskap med mig under hela min vistelse. Antal: _____

Jag önskar bo tillsammans med mitt anhöriga/sällskap, namn: _____

Medföljande anhöriga/sällskap önskar bo i annat rum, namn: _____

Jag kommer INTE att bo på Furuboda _____

Diet /specialkost _____

(avser även medföljande assistent eller sällskap)

För vår administration och för att kunna skicka information till dig registreras din ansökan med personuppgifter i Furubodas register

Datum

Underskrift

Tjänsteställe / relation om annan än den sökande

Ansökan insändes till Skolkansli, Furuboda, 296 86 ÅHUS

Namn: _____ Personnr: _____

Rörelse- och funktionsförmåga

ja nej

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| Går utan stöd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Klarar förflyttning till och från rullstol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Klarar att köra rullstol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Klarar personlig hygien själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Klarar toalettbesök själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Klarar tandborstning själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Klär mig själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Äter själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hjälpmedel vid matsituation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Talsvårigheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Språksvårigheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Epilepsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hjälp nattetid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vilken typ av hjälp på natten? | | | _____ |

Önskar medicinska insatser av sjuksköt. ja nej

(ex utdelning av medicin, injektioner, såromläggning)

ange vilken typ av insats.

Hjälmedel som medtages

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manuell rullstol | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Elrullstol | <input type="checkbox"/> Duschstol |
| <input type="checkbox"/> Lyft | <input type="checkbox"/> Övrigt _____ |

Hjälmedel som önskas

- | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elsäng | <input type="checkbox"/> Larm | <input type="checkbox"/> Ep-larm |
| <input type="checkbox"/> Lyft (tag med lyftsele) | Obs! Medtag egen duschstol | |
| <input type="checkbox"/> Övrigt | <input type="checkbox"/> Duschpall | |

Önskemål om behandling

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sjukgymnastik | <input type="checkbox"/> Annat _____ |
|--|--------------------------------------|

Diagnos samt kort beskrivning av funktionsnedsättning

(måste fyllas i vid varje ansökningstillfälle)

Ytterligare information, använd sista sidan

Omvårdnadsstatus _____

Ytterligare information, använd sista sidan

Aktuell medicinering

(medsänd aktuell medicinlista)

Överkänslighet _____

Underskrift av ansvarig sjuksköterska / läkare
(ej nödvändigt om du ej önskar assistans eller insats av Furuboda)

Telefonnummer

Ort och datum

Underskrift av sökande