

		Personnummer (år, månad, dag och nummer)	
		Namn	
		Adress	
		Telefonnummer	
		Mobil	
		E-postadress	
Närmast anhörig			Anhörigs telefonnummer
Finns det minderåriga barn i familjen?		Har du minderåriga barn eller annan nära anhörig som kräver din omsorg?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Tidigare intensiv cancerrehabilitering		Anläggning	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		År	
Beskriv de sjukdomsrelaterade problem du upplever i din vardag			
Beskriv hur din rehabilitering har sett ut under det senaste året			
Beskriv din målsättning med rehabvistelsen			

Har du deltagit i

Fysioterapi/sjukgymnastik	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Bassängträning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Lymfterapi	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Dietistrådgivning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Psykosocialt stöd	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	"Lära sig leva med cancer"	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
"Rehabiliteringskurs för sjukskrivna"	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	"Hjärtats hus"	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Annat, vad?			

Jag godkänner att journalkopior får skickas till rehabiliteringsanläggning

Ja Nej

Underskrifter

Ort och datum	
Namnteckning sökande	Namnförtydligande

Uttagningskommitténs beslut och motivering

<input type="checkbox"/> Bifall <input type="checkbox"/> Avslag	Motivering till avslag	
Datum	Namnteckning	Uttagningsläkare