

Namn		Personnr
Gatuadress		
Postnr	Ort	Telefon
Målsman/anhörig		Telefon anhörig

Önskar träna under perioden	År
Träningsperiod:	
Antal veckor - välj ett alternativ:	
	2 v.
	3 v.
	4 v.
Antal timmar/dag - välj ett alternativ:	
	2 tim
	3 tim
	4 tim
Önskar kost och logi?	Ja Nej
Läkarintyg CP-skada:	<input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Har bifogats tidigare

Övrig information

Jag samtycker till att mina personuppgifter samt nödvändig information om min vård, behandling och vårdkontakter får delas mellan utförare av hälso- och sjukvård för Extern Rehabilitering, Västra Götalandsregionen och aktuella vårdgivare. Detta innebär att vi kan läsa aktuella journalanteckningar från dina vårdgivare.

Jag samtycker till att i förekommande fall aktuella uppgifter om min vård och behandling får diarieföras hos Extern Rehabilitering, Västra Götalandsregionen för framtida statistik samt ekonomisk redovisning.

Namnunderskrift

Datum och ort