



Intresseanmälan - Styrka och balansträning i grupp på Rehabcenter

Namn	Personnummer
Gatuadress	Telefon
Postnummer	Postadress
Anhörig	Telefon
Ansökan initierad av: <input type="checkbox"/> Vårdplaneringsteam <input type="checkbox"/> Biståndshandläggare <input type="checkbox"/> Hemvårdsgrupp <input type="checkbox"/> Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Sjukgymnast <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Annan	Boendeform: <input type="checkbox"/> Lägenhet <input type="checkbox"/> Hus <input type="checkbox"/> Trappor <input type="checkbox"/> Hiss
Svårigheter/problem du upplever i vardagen:	
Ditt hälsotillstånd:	
Ditt mål är:	
Vilka service-/eller hemvårdsinsatser har du för närvarande? <input type="checkbox"/> Dusch <input type="checkbox"/> Inköp <input type="checkbox"/> Städ <input type="checkbox"/> Tvätt <input type="checkbox"/> Hemvårdsinsatser antal ____ / dag <input type="checkbox"/> Ingen hemvård	
Datum:	Underskrift:

Intresseanmälan skickas till:

Arvika kommun, Att: sjukgymnasterna, Rackstadsvägen 2, 671 32 Arvika

Arvika kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordning GDPR och den svenska kompletterande lagen för dataskydd. För mer information om Arvika kommuns hantering av personuppgifter, besök vår webbplats www.arvika.se/dataskydd.