

Intresseanmälan till styrka och balansträning i grupp

Namn	Personnummer
Gatuadress	Telefon
Postnummer	Postadress
Anhörig	Telefon
Ansökan initierad av: <input type="checkbox"/> Biståndshandläggare <input type="checkbox"/> Hemvårdsgrupp <input type="checkbox"/> Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Sjukgymnast/Fysioterapeut <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
Vilka service-/eller hemvårdsinsatser har du för närvarande? <input type="checkbox"/> Varuhemhandling <input type="checkbox"/> Dusch <input type="checkbox"/> Inköp <input type="checkbox"/> Städ <input type="checkbox"/> Tvätt <input type="checkbox"/> Hemvårdinsatser antal ____ / dag <input type="checkbox"/> Ingen hemvård	

Svårigheter/problem du upplever i vardagen:

Ditt hälsotillstånd:

Ditt mål är:

Datum:

Underskrift:

Skickas till:

Arvika kommun, 50. Fysioterapeuterna, 671 81 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