



Møllebjergvej 4  
4330 Hvalsø  
Tlf. 46 46 46 46  
Fax 46 46 47 97  
E-mail: post@lejre.dk  
Hjemmeside: www.lejre.dk

<b>Navn og adresse</b>	Personnummer	Journalnummer
	Telefonnummer	
	<b>Ansøgning om træning</b> Efter Servicelovens § 86 stk 1 og 2.	

#### Ansøgningen er udfyldt af

Borger  Pårørende  Hjemmeplejen  Lægen  Andet

#### Helbredsforhold

Hvilket problem/hvilken sygdom er årsag til ansøgningen:

<input type="checkbox"/> Har været faldet	<input type="checkbox"/> Har problemer med at:
<input type="checkbox"/> Kan ikke komme ud af huset	<input type="checkbox"/> Føle/mærke ting
<input type="checkbox"/> Har tidligere haft brækket arm eller ben	<input type="checkbox"/> Trække vejret
<input type="checkbox"/> Har mistet kræfterne i arme eller ben	<input type="checkbox"/> Spise
<input type="checkbox"/> Har haft en blodprop/hjerneblødning	<input type="checkbox"/> Påklædning
<input type="checkbox"/> Har nedsat gangfunktion	<input type="checkbox"/> Tage bad
<input type="checkbox"/> Har gener i ryggen	<input type="checkbox"/> Klare praktiske opgaver i hjemmet
<input type="checkbox"/> Har været indlagt	<input type="checkbox"/> Se/høre/huske

Hvornår er dit problem/din sygdom opstået?

Har du været indlagt på sygehus i forbindelse med dit nuværende problem/din nuværende sygdom?  
Ja  Nej

Hvis ja, hvor og hvornår?

Modtager du på nuværende tidspunkt anden træning/behandling  
Ja  Nej

Hvis ja, hvor og hvilken

Har du andre fysiske eller psykiske diagnoser/lidelser

Er du afhængig af hjælpemidler i din hverdag	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilke		

Har du tidligere modtaget træning i kommunen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvor, hvornår og årsag		

Er du siden det sidste træningsforløb blevet væsentligt dårligere	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, beskriv venligst		

Hvad vil du gerne opnå med træningen
--------------------------------------

### Praktiske forhold

Ansøger du om kørsel til træning (med egenbetaling)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	------------------------------

### Dato og underskrift

Jeg erklærer mig bekendt med, at jeg efter Retsstikkerhedsloven § 11 stk. 1 og 2 har pligt til at medvirke til sagens oplysninger og at jeg straks skal underrette kommunen om ændringer i de oplyste forhold.  
Forkert eller manglende oplysninger kan medføre at træningen ikke bevilges eller ophører.

Jeg giver hermed samtykke til at kommunen, til behandling af denne sag, kan indhente helbredsmæssige oplysninger fra sygehuset, læger (speciallæger), privatpraktiserende terapeuter og andre autoriserede sundhedspersoner. Såfremt du ikke ønsker at give samtykke til kommunen, vil din sag blive behandlet på basis af, de af kommunen kendte oplysninger, hvilket kan betyde at træningen ikke bevilges eller ophører.

Dato	Underskrift