

Ansökan kan sändas per post under adressen:

Rehabiliteringen av frontveteraner  
PB 6600  
00099 HELSINGFORS STAD

Undertecknad anhåller om rehabilitering för frontveteraner i första hand:

(Se anvisning på serviceguidens sida 2.)

- I stöddjad rehabilitering hemma
- I öppen vård
- I dagrehabilitering
- På rehabiliteringsanstalt
- För den äkta maken/makan på rehabiliteringsanstalt
- Dagrehabilitering för maka/make

## PERSONUPPGIFTER

Släktnamn och förnamn		Personbeteckning
Gatuadress		Postnummer och ort
Hemkommun	Telefonnummer hem	Annat telefonnummer
Närmaste anhörig eller kontaktperson		Släktskap
Närmaste anhörigs eller kontaktpersonens adress och telefonnummer		

## HUR KLARAR NI AV ERA DAGLIGA FUNKTIONER

Rörelseförmåga		
<input type="checkbox"/> Normal eller nästan normal	<input type="checkbox"/> Något nedsatt	<input type="checkbox"/> Behöver en annan persons hjälp
Tvättning		
<input type="checkbox"/> Klarar mig själv	<input type="checkbox"/> Behöver hjälp, när	
<input type="checkbox"/> Behöver alltid hjälp		
Påklädning		
<input type="checkbox"/> Klarar mig själv	<input type="checkbox"/> Behöver hjälp, när	
<input type="checkbox"/> Behöver alltid hjälp		
Måltider		
<input type="checkbox"/> Klarar mig själv	<input type="checkbox"/> Behöver hjälp, när	
<input type="checkbox"/> Behöver alltid hjälp		
Förmåga att kontrollera urinen och avföringen		
<input type="checkbox"/> Bägge normala	<input type="checkbox"/> Nedsatt förmåga i fråga om urinen	<input type="checkbox"/> Nedsatt förmåga i fråga om avföringen
Hjälpmedel		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, vilket/vilka	
Rökvanor		
<input type="checkbox"/> Röker	<input type="checkbox"/> Röker ej	

<b>TILLÄGGS- UPPGIFTER</b>	T. ex. önskemål om rehabiliteringsplatsen eller tidpunkten för rehabiliteringen
--------------------------------	---

Jag accepterar att uppgifter som gäller mitt hälsotillstånd och min funktionsförmåga får enligt Statskontorets anvisning överlämnas till serviceproducenten för planeringen av rehabiliteringen och dess trygga genomförande samt att rehabiliteringsresponsen kan sändas till rehabiliteringsbyrån för frontveteraner.

Ort och datum	Sökandens underskrift
---------------	-----------------------

## Besöksadress:

Dals sjukhus  
Läkaregatan 8, 00250 HELSINGFORS  
Byggnad nr 4, Trappan P, andra våningen

## Telefon

310 50544 (må-to kl 9-12)