



Ansökningsblankett för Ung med psoriasis Klimatvård

Namn	Personnummer
------	--------------

Namnet måste överensstämja med namnet i ditt pass

Adress _____

Postnummer _____ Ort _____

Mobilnummer _____ Tele Bostad (även riktnr) _____

E-post _____

Från vilken flygplats önskar du påbörja din resa?

Arlanda Landvetter Kastrup

Observera att detta enbart är ett önskemål och att flygplats kan komma att ändras

Övriga upplysningar du tror att vi kan ha nytta av att veta? T.ex. kost, allergier m.m

I vilket bolag är du försäkrad?	Ingår reseskydd i utlandet i din försäkring?
Uppge försäkringsnummer för den försäkring där reseskydd i utlandet ingår för dig	

Närmast anhörig (Förnamn, efternamn, titel)	Kommer du ansöka om sjukskrivning
Mobilnummer	Önskar du få ett styrkande som underlag till din ansökan om sjukskrivning
E-post	

Namnge medförande läkemedel

Läkemedelsnamn	Läkemedelsform	Styrka	Dos	Anledning till läkemedel

Föräldraförsäkran

(endast för minderårig patient till Ung med psoriasis klimatvårdsresa)

Jag känner till att mitt barn är helförsäkrat mot olycksfall under resan. Ledare samt sjuksyster är med och ansvarar under hela resan. De minderåriga får inte vara utanför rehabiliteringsanläggningen själva efter 23:00 utan överseende av myndig person. De får heller ej lämna rehabiliteringsanläggningen efter soltid utan ledarnas medgivande

Jag accepterar att mitt barn (namn): _____

reser med på Ung med psoriasis klimatvårdsresa under tre veckor 2020.

Jag är medveten om att jag är juridiskt ansvarig för mitt barn under vistelsen.

Ort _____ den _____ 2020

Underskrift _____ Namnförtydligande _____

Patientintyg

Får Ung med psoriasis din tillåtelse att kontakta dina närstående (Föräldrar, partner, närmast anhörig) om behovet skulle uppstå innan, under samt efter din rehabiliteringsresa?

Ja

Nej

Ort _____ den _____ 2020

Underskrift _____ Namnförtydligande _____

Jag intygar att ovanstående uppgifter stämmer. Vid bifall av ansökan accepterar jag min antagning och kommer åka med, mmm

Jag känner till att Ung med psoriasis har en alkohol och drogfri policy och jag kommer avhålla mig från alla slags droger under vårdtiden. Bryter jag mot ovanstående och vidare utnämnda regler avbryts min resa och jag måste själv stå för kostnaderna av flygresan och eventuella extrakostnader vid hemresa.

Ort _____ den _____ 2020

Underskrift _____ Namnförtydligande _____

Ett läkarintyg tillsammans med ”Ansökan om rehabilitering utomlands” skall bifogas i ansökan. Om du fått en sen läkartid notera datumet för läkarbesöket på ansökan under rubriken övrigt innan du sänder den till Ung med psoriasis. Notera även om du fått en landstingsbetald resa.

Observera att platserna är begränsade. Uttagna deltagare meddelas skriftligen och får i samband med det ytterligare information gällande resan.

Sista anmälningsdagen är: 31 mars

Ansökan skall postas till:
Förbundet Ung med psoriasis
Järnvägsgatan 36, 131 54 Nacka
Eller mailas till:
ungmedpsoriasis@psoung.se

Har du någon fråga är du välkommen att kontakta oss på
ungmedpsoriasis@psoung.se. Ange gärna ditt mobilnummer så kan vi kontakta dig via telefon.