

# Ansøgning om genoptræning

Modtaget:

Alle rubrikker bedes udfyldt – rubrikker som ikke besvares betragtes som områder, hvor der ikke opleves problemer.

## Personlige oplysninger:

Navn \_\_\_\_\_ Cpr.nr. \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Postnr. \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Egen læge \_\_\_\_\_

## Er du blevet væsentligt dårligere til at klare din hverdag de sidste seks måneder?

Ja  Nej

Hvis ja, beskriv venligst:

---

---

Kan du tage bad alene?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____
Kan du selv klæde dig af og på?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____
Kan du selv gå på toilettet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____
Kan du selv gøre rent?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____
Kan du selv vaske dit tøj?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____
Kan du selv tilberede din mad?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____

## Kan du selv transportere dig omkring i dagligdagen f.eks. i bil eller med offentlige transportmidler?

Ja  Nej

## Har du været faldet inden for de seneste 3 måneder?

Ja  Nej

Er du bange for at falde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____
Føler du dig fysisk svækket?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____
Er du begyndt at gå langsommere indenfor de sidste 3-6 måneder?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____
Har du haft et ikke-planlagt vægttab for nyligt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	_____

## Hvad vil du gerne blive bedre til i dagligdagen?

---

---

## Tilladelse til indhentning af oplysninger

I forbindelse med min ansøgning giver jeg samtidig tilladelse til, at personalet på Træningscentret indhenter oplysninger af betydning for sagen hos praktiserende læge og/eller andre for sagen relevante instanser.

Dato \_\_\_\_\_ Ansøgerens underskrift \_\_\_\_\_