



Ansökan om träning med dag- och hemrehabteamet

Namn: _____

Adress: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Funktionsnedsättning/sjukdom/skada:

Mitt mål med träningen:

Jag önskar träna på:

Dagrehab

Träna 2 gånger i veckan på Linden. Gruppträning och individuell träning ca 10 veckor.

Hemrehab

Träna 2 gånger i veckan i hemmet. Du tränar tillsammans med teamet ca 10 veckor.

Ansökan skickas till:

Arbetsterapeuterna

Tegelgatan 11

716 30 Fjugesta