

Søknadsskjema

Familiekurs om sigdcellesykdom 8.-12. september 2025

Navn på person med diagnose: _____

Fødselsdato: _____

Adresse: _____

Postnummer: _____

Poststed: _____

Diagnose: _____

Navn foresatt 1: _____

Adresse: _____

Postnummer: _____

Poststed: _____

Mobil: _____

Navn foresatt 2: _____

Adresse: _____

Postnummer: _____

Poststed: _____

Mobil: _____

Navn søsken 1: _____

Fødselsdato søsken 1: _____

Navn søsken 2: _____

Fødselsdato søsken 2: _____

Navn søsken 3: _____

Fødselsdato søsken 3: _____

Tolk: Ja: ☐ Nei: ☐

Hvis ja, hvilket språk og dialekt: _____

Skjemaet fortsetter på neste side!

Vi vil gjerne vite hva dere voksne og barna lurer på.

Hvilke spørsmål har dere foreldre til temaene vi har foreslått?

Andre spørsmål fra foreldre:

Hva lurer barnet/ungdommen med diagnose på?

Hva lurer søsken på?

Navn på den som fyller ut: _____

Fødselsdato på den som fyller ut (brukes ved sikker digital post fra oss): _____

Du kan søke digitalt eller per post

Digitalt: Etter at du har lagret søknadsskjemaet på egen maskin går du til informasjon om hvordan du sender det inn nederst på siden om kurset her: [Se hvordan sende inn søknadsskjemaet nederst på nettsiden om familiekurs](#)

Hvis du vil sende inn per post, skriver du ut søknadsskjemaet og sender det til: Senter for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo. Merk med "Gjelder kurs"