

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"