



Ansøgning om forløb på Overvægtsklinikken

Barnet/den unges navn:	Fødselsdato:		
Dato:	Dato:		
Højde:	Vægt:		
Mors navn:	Telefon:		
Adresse :	Mail:		
Fars navn:	Telefon:		
Adresse:	Mail:		
Forældremyndighed:	<input type="checkbox"/> Fælles	<input type="checkbox"/> Far	<input type="checkbox"/> Mor

Udfyldes kun hvis I er blevet henvist af for eksempel læge eller sundhedsplejerske.

Henviser (navn):	Dato:
Telefon på henviser:	Mail på henviser:

Forældremyndighedshaver(e) til barnet skal være indforståede med ansøgningen

Ansøgningen sendes til: overvaegtsklinikken@rebild.dk

Vi kontakter jer når vi har vurderet ansøgningen.

Udfyldes af Overvægtsklinikken:

Modtaget dato:	Ansvarlig medarbejder:
Dato for 1. kontakt:	Start dato: