

# ANSÖKAN TILL KURSER 2025!

1,..... UNDER TIDEN .....

2,..... UNDER TIDEN .....

3, ..... UNDER TIDEN .....

NAMN..... PERSONNUMMER .....

GATUADRESS..... POSTADRESS.....

E-POST: ..... TELEFON:.....

FÖRENING.....

HJÄLPMEDEL NI BEHÖVER PÅ KURSEN SÅSOM T EX HÖJ- & SÄNKBAR SÄNG,  
LIFT, DUSCHSTOL ELLER ANNAT HJÄLPMEDEL.  
OBS: DETTA BEHÖVER VI VETA I TID.

.....

.....

SPECIALKOST: .....

HAR MED PERSONLIG ASSISTENT: JA  NEJ  ANHÖRIG

OM JA, VEM SKA FAKTURERAS FÖR ASSISTENTEN? .....

ADRESS: .....

.....

## STÖDJANDE ANHÖRIG, MEDHJÄLPARE ELLER ASSISTENT.

NAMN.....PERSONNUMMER: .....

GATUADRESS.....

POSTNUMMER.....POSTADRESS.....

TELEFON: .....

ÖVRIGA DELTAGARE .....

.....

.....

## **EGEN SJUKDOMSBERÄTTELSE!**

DIAGNOS.....

För att kursen skall bli så bra som möjlig, så ber vi DIG hjälpa oss genom att besvara följande frågor. Kryssa i rätt alternativ.

<u>RÖRELSEHINDER</u>	JA	NEJ	DELVIS
ANVÄNDER RULLSTOL	___	___	___
MÅSTE KÖRAS	___	___	___
ANVÄNDER RULLSTOL ENDAST UTOMHUS	___	___	___
ANVÄNDER KÄPPAR ELLER GÅNGBOCKAR	___	___	___
ANVÄNDER ROLLATOR/DELTASTÖD	___	___	___
KAN GÅ ( _____ METER			
KAN STÖDJA PÅ BENEN	___	___	___

### HJÄLPBEHOV

BEHÖVER DU HJÄLP PÅ RUMMET FÅR DU TA MED EGEN ASSISTENT ELLER HJÄLPARE. DE MEDHJÄLPARE SOM FÖLJER MED HAR INGET ANSVAR FÖR DIN PERSONLIGA HYGIEN ELLER PÅKLÄDNING.

KORT SJUKDOMSHISTORIA.....

.....

.....

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR.....

.....

DATUM: \_\_\_\_\_

UNDERSKRIFT: \_\_\_\_\_

NAMNFÖRTYDLIGANDE: \_\_\_\_\_

### **ANSÖKAN INSÄNDES TILL:**

Neuro Skåne, Götagatan 15, 281 50 Hässleholm

Telefon: 044-128710 eller 0763-261762

Mejl: skane@neuro.se