

ANSÖKAN TILL KURSER 2026-2027

1,..... UNDER TIDEN

2,..... UNDER TIDEN

3, UNDER TIDEN

NAMN..... PERSONNUMMER

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

E-POST: TELEFON:.....

FÖRENING.....

ANTAL RUM..... Dubbelrum..... Enkelrum.....

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 regionförbund, Kaptensgatan 9, 281 48 Hässleholm

Telefon: 0763-261762 **Mejl:** skane@neuro.se