

ANSØGNING OM
KOMPENSERENDE
PILATESUNDERVISNING



NAVN: _____ CPR-NR: _____

ADRESSE: _____ POSTNR.: _____

TLF. NR.: Privat: _____ Mobil: _____

MAIL: _____ Pårørende mobil: _____

Afkryds handicap/funktionsnedsættelse? (gerne flere krydser)

1. Lidelser i bevægeapparatet

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artrose (slidgigt) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoid arthritis (leddegigt) | <input type="checkbox"/> Fibromyalgi |
| <input type="checkbox"/> Poly myalgi (muskelgigt) | <input type="checkbox"/> Whiplash (piskesmæld) |
| <input type="checkbox"/> Morbus scheuermann
(gigtsygdom i hvirvelled) | <input type="checkbox"/> Hyper mobilis (hypermobile led) |
| <input type="checkbox"/> Morbus becterew (gigtsygdom i led) | <input type="checkbox"/> Post polio |
| <input type="checkbox"/> Diskus prolaps Opereret/ikke opereret? | <input type="checkbox"/> Post cancer |
| <input type="checkbox"/> Operationer i led | <input type="checkbox"/> Amputationer |
| <input type="checkbox"/> Scolioser (rygskævhed) | <input type="checkbox"/> Andet _____ |

2. Lidelser i kredsløb

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arteriesklerose (åreforkalkning) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Apopleksi (blodprosoperede) | <input type="checkbox"/> Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> Operationer i hjertet | <input type="checkbox"/> Andet _____ |

3. NEUROLOGISKE LIDELSER

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cerebral parese (spastisk lammelse) | <input type="checkbox"/> Epilepsi |
| <input type="checkbox"/> Hemiparese (halvsidig lammelse efter.
hjerneblødning) | <input type="checkbox"/> Stofskiftesygdomme
(diabetes 1, basedow) |
| <input type="checkbox"/> Sklerose 1. grad eller 2. grad? | <input type="checkbox"/> Nervebetændelse |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Muskeldystrofi (muskelsvind) | <input type="checkbox"/> Andet _____ |
| <input type="checkbox"/> Myeosele (rygmarvsoperede) | |

4. Bruger du akutmedicin?

- Nitroglycerin Andet: _____
- Astmamedicin

Bruger du STOMI ? JA NEJ

Inkontinens ? JA NEJ

Har du brug for hjælp til omklædning? JA NEJ

Hvis JA, hvilken?

Har du selv hjælper med? JA NEJ

vis ja, hvad indebærer hjælperens arbejdsområde

Pilatesundervisningen er en del af en lov der hedder 'Specialundervisningsloven for voksne'. Lovens hensigt er at afhjælpe og begrænse deltagerens handicap. Og med det klare mål, at forbedre deltagernes funktion og mulighed for at deltage mere aktivt i samfundslivet.

Tilbuddet er gratis og hver enkelt ansøgers handicap skal visiteres/vurderes, ved hjælp af denne ansøgning, før deltageren evt. må starte på undervisningen.

Følgende er til brug for planlægningen af undervisningen, hvis du bliver optaget.

Tid: FOF's undervisning ligger p.t. mandage kl. 11:00-12:30 i Hornslet Idrætscenter, Stadionvej 4., Ny multirum, Hornslet

Transport: FOF har mulighed for at tilbyde transport til de deltagere, der absolut **ikke** selv har mulighed for transport på grund af deres bevægehandicap.

Kan du selv sørge for transport frem og tilbage til undervisningsstedet?

Ja Nej

OBS! - hvis NEJ, begrund hvorfor?

Bruger du kørestol ? JA NEJ

Bruger du rollator ? JA NEJ

Forsikring FOF har en erhvervsansvarsforsikring, der dækker eventuelle skader, hvis underviseren kan gøres ansvarlig for skaden. Hændelige uheld og skader forvoldt af andre er ikke dækket af forsikringen. Det er op til den enkelte deltager eventuelt at tegne en privat ulykkesforsikring ved eget forsikringsselskab.

Ansøgningen bedes sendt til:

FOF Djursland, Torvet 1, 8500 Grenaa – 86 32 55 88

ELLER AFLEVERES TIL UNDERVISER:

Julia Madsen, jukamads@gmail.com – mobil 50 51 87 72

Julia er uddannet fysioterapeut med 15 års erfaring. Hun har rig erfaring med trænings hold for folk med fysiske handicap og neurologiske diagnoser

Du vil få svar snarest herefter.

Beskriv her kort hvilke symptomer/gener du har herved (Skal udfyldes!)