

Egensøknad for voksne med postpolio syndrom/senskader etter poliomyelitt

 (Side 1 og 2 fylles ut av søker, side 3 av legen) **NB! Alle felt må fylles ut**

Søkers navn:		Fødselsnummer (11 siffer):	
Adresse:		Telefon:	
Postnummer/sted:			
Pårørende som kan treffes under oppholdet (navn):		Telefon pårørende:	
Fastlege (navn og adresse)			
Innsøkende lege (navn og adresse)			
Er du i arbeid?	Ja	Nei	Kan du kommunisere på skandinavisk? Ja Nei
Har du deltatt på behandlingsreise tidligere?	Ja	Nei	
Funksjonsnivå:		Hjelpebehov under oppholdet i forbindelse med:	
Kan du gå i trapper? Ja Nei		Ja Nei	
Hvor langt kan du gå uten hjelpemidler?		Måltidene	
Hvor langt kan du gå med ganghjelpemidler?		Personlig hygiene	
Har du behov for rullestol assistanse på flyplassene? Ja Nei		Av / påkledning	
Hvilke hjelpemidler bruker du:		Forflytning	
	Ja	Nei	Andre hjelpebehov, spesifiser:
		Medbringes	
Rullator			
Krykker			
Orthoser, skinner			
CPAP/BIPAP			
VPAP			
Manuell rullestol			Vintersol har elektriske scootere for utlån. Utgifter til leie må du dekke selv. KUN ett kryss.
Manuell rullestol m/ hjelpemotor			
Elektrisk rullestol			Må leie elektrisk scooter: Ja
Vi gjør oppmerksom på at elektriske rullestoler/manuelle rullestoler med hjelpemotor MÅ ha batteri som er godkjent for fly.			Ønsker å leie elektrisk scooter: Ja
Krysser du av for å medbringe rullestol må mål, vekt og batteritype oppgis:			
Tørrcellebatteri	Gelebatteri	Lithiumbatteri	Ved lithiumbatteri må Volt og Ampere oppgis
			Volt: Ampere:
Lengde	Bredde	Høyde	Vekt
Hvis du medbringer rullestol, hva trenger du hjelp til?			
Hjelp frem til utgangen til flyet (gaten)	Ja	Nei	
Hjelp frem til flydøra	Ja	Nei	
Hjelp frem til flysetet	Ja	Nei	

Har du noen tilleggssykdommer? Hvis ja, hvilke:

Er du allergisk? Hvis ja, for hva:

Har du behov for diett? Hvis ja, hvilken?:

På hvilken måte hemmes du av dine senskader (smerter, muskelsvakhet, balanse, bevegelighet, kondisjon, tretthet etc)?

Trener du regelmessig? Ja Nei Hvis ja, oppgi type aktivitet og antall ganger per uke:

Behandlingsopphold vil innebære 4 uker med daglig gruppetrening i basseng og i sal, samt individuell fysioterapi. Beskriv dine fysiske/ psykiske forutsetninger for å delta i et slikt behandlingsopplegg?

Beskriv kort din målsetning for behandlingsoppholdet:

Tillater du at det innhentes ytterligere medisinske opplysninger hvis dette er nødvendig ved behandling av søknaden din? Ja Nei

Evt. andre opplysninger som kan ha betydning for behandlingsoppholdet:

Tidsperiode du **IKKE** kan reise _____

Vi gjør oppmerksom på at din søknad ikke vil bli vurdert for turer i overnevnte periode og din sjanse for tildeling reduseres tilsvarende. Vi gjør også oppmerksom på at det kun gis ett tilbud i året. Mulighet for endring av avreisetidspunkt er kun aktuelt ved medisinske indikasjoner, spesifisert i legeattest. Eventuell endring er avhengig av ledig kapasitet.

Dato: ____ / ____ 20____

Søkers underskrift

