

# Anmälan och hjälpbehov

Vänligen fyll i nedanstående anmälan- och hjälpbehovsblankett inför stiftelsen Spinalis träningsresa till Vintersol 2024-2025.

Observera att du inte är garanterad plats förrän du har fått ett ok från Vintersol/Spinalis. Posta till nedanstående adress, alternativt lämna den i receptionen på Aleris Rehab Station/Spinalis i kuvert märkt "Träningsresa, Stiftelsen Spinalis".

Stiftelsen Spinalis  
"Vintersol"  
Frösundaviks Allé 4a  
169 89 Solna

Om ni väljer att scanna anmälan kommer vi att efter utskrift radera mejlet och posta blanketten till Vintersol (detta p.g.a. GDPR-regler). Informationen är nödvändig då Clinica Vintersol har det medicinska ansvaret för de deltagare som är på plats på anläggningen.

För eventuella frågor mejla *Erika Nilsson* på [erika@spinalis.se](mailto:erika@spinalis.se).

---

## » Anmälan

### Huvudresenär

Namn: .....

Gatuadress: .....

Postnummer: ..... Postadress: .....

Personnr: .....

Telefon: .....

E-post: .....

### Personlig assistent/medresenär

(Har du personlig assistans måste du själv se till att personal kan följa med dig på resan)

Namn: .....

Gatuadress: .....

Postnummer: ..... Postadress: .....

Personnr: .....

Telefon: .....

---

## » Hälsa och hjälpbehov

Diagnos (sjukdom/skada): .....

Eventuellt förtydligande som berör din diagnos: .....

.....  
 .....

Rörelsehinder/Hjälpmedel (Markera svarsalternativ i cirkeln)	Ja	Nej	Eventuellt förtydligande
Använder manuell rullstol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Använder elrullstol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Använder käppar/kryckor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Använder rollator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Kan gå – hur lång sträcka?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Kan stödja på benen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....

Hjälpbehov	Ja	Nej	med assistent/medresenär
Klarar uppstigning och läggning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Klarar på- och avklädning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Klarar personlig hygien självständigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Klarar toalettbesök självständigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Behöver hjälp på natten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Behöver bärhjälp ombord på buss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Har assistans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antal tim/vecka: .....
Har hemtjänst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antal tim/vecka: .....

Hjälpmedelsbehov rummet	Ja	Nej	Eventuellt förtydligande
Toaförhöjning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Duschstol med hjul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Duschstol utan hjul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Duschpall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
El-säng (medicinska skäl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Manuell lift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Rum med taklift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
El-moppe (mot kostnad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....

## Boende

Ankomstdatum Teneriffa: ..... Avresedatum: .....

Önskar enkelrum (kostar 28€/natt): **Ja**  **Nej**

## Kost

	Huvudresenär		Medresenär	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Matallergi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förtydligande:..... .....				
Önskar vegetarisk mat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Mediciner

	Ja	Nej
Tar/använder regelbundet någon form av medicin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansvarar själv för min medicinering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ange vilken/vilka: ..... ..... .....		

Mitt försäkringsbolag: .....

Försäkringsnummer: .....

Du måste ta med Dig det Europeiska sjukförsäkringskortet som du beställer via Försäkringskassan men **det är obligatoriskt att du även har tecknat en olycksfallsförsäkring (eller har det i hemförsäkringen)** då det annars bara är akut vård som täcks av det Europeiska sjukförsäkringskortet.

» Jag godkänner att mina uppgifter delas med Vintersol: **Ja**

(En förutsättning för behandling då Vintersol behöver känna till deltagares hälsotillstånd.)

**Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga och sanningsenliga.**

Sökandes underskrift: .....

Ort och datum: .....