

# ANSÖKAN

till Afasilinjen

Termin (VT/HT): \_\_\_\_\_

År: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Epost: \_\_\_\_\_

Personnr: \_\_\_\_\_ Län: \_\_\_\_\_

**Jag använder:**

|   |                                      |                                   |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> rullstol                | <input type="radio"/> rollator/bock  | <input type="radio"/> käpp/krycka |
| <input type="radio"/> jag går utan hjälpmedel | <input type="radio"/> har färdtjänst |                                   |

Min logoped heter: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Min kurator heter: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Närmaste anhörig: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Kompletterande uppgifter...

När drabbades du av afasi: \_\_\_\_\_

Har Du tidigare deltagit i någon kurs för personer med afasi?  Ja  Nej

Om ja, senast var: \_\_\_\_\_

## Behöver Du hjälp med:

Påklädning:  Ja  Nej

Dusch:  Ja  Nej

Toalettbesök:  Ja  Nej

Medicinering:  Ja  Nej

Annat: \_\_\_\_\_

## Har Du:

Epilepsi:  Ja  Nej

Om ja, hur ofta: \_\_\_\_\_

Diabetes:  Ja  Nej

Specialkost: \_\_\_\_\_

Jag använder följande mediciner: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Övrig upplysningar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blir jag antagen skall fakturan på kursavgiften skickas till: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blir jag antagen vill jag bo på skolan:  Ja  Nej

Datum: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_