

**ANSØGNING OM**  
**KOMPENSERENDE**  
**SVØMMEUNDERVISNING**



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<br>(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.<br>hjerneblødning) | <input type="checkbox"/> Stofskiftesygdomme<br>(diabetes 1, basedow)                              |
| <input type="checkbox"/> Sklerose <b>1. grad eller 2. grad?</b>                   | <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)                               | <input type="checkbox"/> Demens (udredt) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ |
|   | <input type="checkbox"/> Demens type _____  |

**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

**Hvordan vil du beskrive dine svømmefærdigheder?**  JA  NEJ

- har du vandskræk?

- hvis ja, hvornår opstod det og på hvilken måde?

**Svømmeundervisningen** 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 deltagerens 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. tirsdage, onsdage og fredage i varmtvandsbassin på Træning & Sundhedshus, Århusvej 35, Tirstrup.

**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 sendes eller afleveres direkte til underviser Anette Vendelboe, mail: [anette.vendelboe@gmail.com](mailto:anette.vendelboe@gmail.com) – tlf 22 92 72 65**

Anette er gymnastik-/svømmeinstruktør fra Ollerup Gymnastikhøjskole, ny erhvervet Halliwick grundkursus til kompenserende specialundervisning i varmtvandsbassin. Billedkunstner, KST-Terapeut & Fysiurgisk Massør. Anette har mange års undervisningserfaring.

Du vil få svar snarest herefter.

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