

ANSØGNING OM
KOMPENSERENDE
Yoga og Mediyoga undervisning



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?

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nitroglycerin | <input type="checkbox"/> Andet: |
| <input type="checkbox"/> Astmamedicin | |

Undervisningen 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. i Ebeltoft om torsdagen.
Mediyoga v/Maya Rahr, Aktivitetshuset Lille sal, Nørre Allé 4 – kl. 09:30-11:00
Yoga v/Anette Vendelboe, Kernehuset, Øster Allé 33 – kl. 11:00 – 12:30

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?

Medbring: yogamåtte og tæppe + vandflaske.

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 forsikringselskab.

Ansøgningen bedes sendt til:

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

ELLER AFLEVERES TIL UNDERVISER:

Maya Rahr, mayamuseyoga@gmail.com
Anette Vendelboe, anette.vendelboe@gmail.com

Læs gerne yderligere info om hold og undervisere på vores hjemmeside:
www.fof-djursland.dk

Du vil få svar snarest herefter.

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