

ANMÄLAN

| | | |
|--|----|-----|
| Är denna anmälan defintiv (åker oavsett Försäkringskassan beslut) | JA | NEJ |
| Denna anmälan är preliminär (avvaktar beslutet från Försäkringskassan) | JA | NEJ |

| | | |
|---|----|----------|
| Namn | | |
| Födelsedatum | | |
| Gatuadress | | |
| Postnummer och postadress | | |
| Mail adress | | |
| Telefonnummer – bostad | | |
| Telefonnummer – mobil | | |
| Närmast anhörig | | Relation |
| Telefon anhörig | | |
| Medföljande resenär | | |
| Medföljandes adress och telefon | | |
| Avresedag | | |
| Reslängd | | |
| Avreseort | | |
| Alla resenärer måste vara försäkrade för utlandsresa, om sådan saknas kan vi hjälpa dig men en reseförsäkring. Kontakta oss för prisuppgift. Vänligen ange nedan dina försäkringsuppgifter | | |
| Försäkringsbolag/försäkringsnummer | | |
| | JA | NEJ |
| Önskar du reseförsäkring via oss? | | |
| Önskar du avbeställningsskydd? | | |
| Vill du vara med i vårt emailregister? | | |

Om du har frågor ring 08 – 663 33 49 eller
maila till info@enrichedlife.se

| | JA | NEJ |
|--|----|-----|
| Din rehabilitering | | |
| Önskar du behandling med logoped? | | |
| Önskar du behandling med sjukgymnast? | | |
| Önskar du träffa en neuropsykolog? | | |
| 1. Medicinska uppgifter | | |
| Aktuell sjukdom | | |
| Övriga sjukdomar | | |
| | JA | NEJ |
| Har du några medicinska restriktioner? | | |
| Om ja, vilka? | | |
| Har du hjärtbesvär? | | |
| Om ja, på vilket sätt? | | |
| Har du eller har du haft epilepsi? När var det senast? | | |
| Har du diabetes? | | |
| Har du eller har du haft någon missbruksproblematik? | | |
| Om ja, vilken | | |
| Har du smittats av resistent bakterier (MRSA)? | | |
| Lider du av någon smittosam sjukdom? | | |
| Om ja, vilken | | |
| Har du astma? | | |
| Har du någon psykisk åkomma? | | |
| Om ja, vilken | | |

| | JA | NEJ |
|---|----|-----|
| Är du rökare? | | |
| Behöver du specialkost? Om ja, vad? | | |
| Har du någon allergi? | | |
| Är du överkänslig mot något? | | |
| Om ja, mot vad? | | |
| Läkemedelslista och orsak till användandet (bifoga gärna den) | | |
| Längd | | |
| Vikt | | |

| 2. Språk | JA | NEJ |
|--|----|-----|
| Har du problem med att uttrycka dig språkligt? Om nej, gå till avsnitt nr 3 "röst och kommunikation" | | |
| Om ja, beskriv på vilket sätt | | |
| Har du svårt att förstå vad andra säger? | | |
| Har du svårt att läsa och/eller skriva? | | |
| Är det någonting annat som du eller anhöriga märkt har förändrats i ditt sätt att kommunicera? | | |
| Om ja, hur? | | |
| 3. Röst och kommunikation | JA | NEJ |
| Upplever du att du talar otydligt? | | |
| Hänger din ena mungipa? | | |
| Har din röst förändrats sedan insjuknandet? | | |
| Låter din röst annorlunda? Är din röst hesare, skrovligare, pipigare och eller lägre osv? | | |

| 4. Sväljning | JA | NEJ |
|---|-----------|------------|
| Sätter du i halsen då du äter och dricker? | | |
| Hostar du vid måltiderna? | | |
| Rinner det mat/dryck ur mungipan? | | |
| Ligger det matrester kvar i munnen efter du har ätit? | | |
| 5. Logopedkontakt | | |
| Har du logopedkontakt för närvarande? | | |
| Om ja, be din behandlande logoped om ett utlåtande att ta med dig till rehabiliteringskursen i Spanien | | |

För att vi skall kunna förbereda det praktiska inför din vistelse i Spanien behöver vi information angående dina individuella behov.

| | JA | NEJ |
|--|-----------|------------|
| 6. Aktivitet | | |
| Har du några fysiska restriktioner? | | |
| Om ja, vilka? | | |
| Har du svårigheter med att träna i bassäng? | | |
| Om ja, vilka | | |
| 7. Gång | | |
| Jag kan gå själv utan gånghjälpmedel. Om ja, gå till avsnitt nr 8 "personlig vård" | | |
| Jag behöver gånghjälpmedel | | |
| Om ja, vilka | | |
| Jag går i trappor självständigt | | |
| Jag kan gå i trappor med hjälp | | |
| Jag använder rullstol vid förflyttning inomhus | | |
| Jag använder rullstol vid förflyttning utomhus | | |
| Jag behöver hjälp att köra rullstolen inomhus | | |

| | JA | NEJ |
|--|--------|--------------|
| Jag behöver hjälp att köra rullstolen utomhus | | |
| Jag tar med mig min egen rullstol | | |
| Vänligen ange mått på rullstol/elmoped: | | |
| Höjd: | Bredd: | Längd: Vikt: |
| Om rullstolen är specialanpassad så ber vi dig beskriva det här: | | |
| Jag önskar ta med mig min elrullstol/elmoped – måste bekräftas av flygbolaget | | |

| | JA | NEJ |
|--|----|-----|
| Jag klarar att förflytta mig självständigt. Om ja, gå till avsnitt nr 8 "personlig vård" | | |
| Jag klarar att förflytta mig självständigt till och från: | | |
| – säng | | |
| Om nej, vilket/vilka hjälpmedel behöver du? | | |
| – toalett | | |
| Om nej, vilket/vilka hjälpmedel behöver du? | | |
| – dusch | | |
| Om nej, vilket/vilka hjälpmedel behöver du? | | |
| – bassäng | | |
| Om nej, vilket/vilka hjälpmedel behöver du? | | |
| – bil | | |
| Om nej, vilket/vilka hjälpmedel behöver du? | | |
| – buss | | |
| Om nej, vilket/vilka hjälpmedel behöver du? | | |

| | JA | NEJ |
|--|----|-----|
| 8. Personlig vård | | |
| Jag klarar min personliga vård självständigt. Om ja, gå till avsnitt nr 9 "toalettbesök" | | |
| Jag klarar att duscha själv i anpassad miljö: | | |
| Jag behöver duschpall | | |
| Jag behöver duschstol med hjul | | |

| | JA | NEJ |
|---|----|-----|
| 9. Toalettbesök | | |
| Jag klarar mina toalettbesök självständigt utan hjälpmedel. Om ja gå till avsnitt nr 10 "på och avklädning" | | |
| Jag klarar mina toalettbesök med hjälpmedel | | |
| Jag använder kateter | | |
| Jag är inkontinent | | |
| Jag behöver handtag | | |
| Jag behöver toastolsförhöjare med armstöd | | |
| Annat jag behöver: | | |
| 10. På-/avklädning | | |
| Jag klarar min på- och avklädning självständigt. Om ja gå till avsnitt "övrig hygien" | | |
| Om nej, med vad behöver du hjälp? | | |
| 11. Övrig hygien | | |
| Jag klarar min övriga hygien självständigt. | | |
| Om nej, med vad behöver du hjälp? | | |

| | JA | NEJ |
|---|----|-----|
| 12. Matsituationer | | |
| Jag klarar att äta självständigt. Om ja, gå till avsnitt nr 14 "resan" | | |
| Jag klarar att äta självständigt med hjälpmedel (spec. bestick mm). | | |
| Jag klarar att förse mig (ex. bära bricka, ta mat från buffé) med mat självständigt | | |
| Jag behöver hjälp av en person vid matsituationer på Thaliasia | | |
| Med vad behöver du hjälp? | | |

Observera! Vi har begränsat med hjälpmedel för uthyrning. Det är därför mycket viktigt att du tar med dig alla småhjälpmedel såsom griptång, strumppådragare, bestick mm, som du använder hemma. Använder du rullstol hemma så ta med den på resan. Det finns möjlighet att hyra elmoped på Thaliasia. Detta underlättar besök i staden eftersom den ligger 2- 3 km från hotellet.

| | JA | NEJ |
|--|----|-----|
| 13. Assistans | | |
| Har du assistans/hjälp hemma. Om nej gå till avsnitt "resan" | | |
| Om ja, med vad behöver du hjälp? | | |

Har du behov av hjälp med att klä på dig, personlig hygien, äta, bada, ta dig fram så behöver ta med dig en assistent eller medföljande som hjälper till med allt detta.

| 14. Resan | JA | NEJ |
|--|----|-----|
| Jag klarar själv mitt bagage – max 20 kg (handbagage max 5 kg får du bära själv – använd gärna ryggsäck) | | |
| Behöver du rullstol på flygplatsen? | | |
| Om ja, kan du själv gå till din plats i planet? | | |

Något annat som vi behöver veta för att din vistelse skall bli så bra som möjligt:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Innan bekräftelsen skickas till dig kommer någon från Enriched Life att kontakta dig om det är några oklarheter. Om inte så skickar vi en bekräftelse som du erhåller inom en vecka. I samband med detta skickar vi till dig en faktura på resan. Du skall betala 25 % av resans pris inom 10 dagar och resterande 5 veckor innan avresan. Cirka 3 - 4 veckor innan avresan skickar vi färdhandlingar och mer information.

Tänk även på avbeställningsskydd och reseförsäkring. Om du önskar beställa dessa är det bara att kontakta oss på telefon **08 - 663 33 49** eller maila till info@enrichedlife.se. Glöm inte att vi kan hjälpa dig med ansökan till Försäkringskassan.

Härmed intygar jag att uppgifterna ovan är korrekta

| | |
|--------------------------|--|
| Ort och datum | |
| Namnteckning | |
| Namnförtydligande | |

Skicka intresseanmälan till

Enriched Life
Sophiahemmet
Box 5605
114 86 Stockholm

Du kan även maila anmälan till info@enrichedlife.se.

Vi återkommer med en bekräftelse inom kort. Har du frågor, ring gärna **08 – 663 33 49** eller maila till info@enrichedlife.se! **Tack för din anmälan**

Besöksadress:

Södra Fiskartorpsvägen 15A, 2 tr (Neurology Clinics lokaler)