

## ANSÖKAN TILL SENIORCENTRETS MOTIONSGRUPPER FÖR +65 ÅRIGA VASABOR

Namn _____ Socialskyddssignum _____ - _____			
Adress _____ Postnummer _____ Tfn. _____			
Närmaste anhörig _____ Tfn. _____			
1. Boendeform <input type="checkbox"/> Jag bor ensam <input type="checkbox"/> Jag bor inte ensam			
2. Jag upplever mitt hälsotillstånd vara <input type="checkbox"/> Gott <input type="checkbox"/> Måttligt <input type="checkbox"/> Svagt			
3. Märk dina sjukdomar/symptom i följande lista			
1. Sjukdomar i stöd- och rörelseorganen _____			
2. Hjärt- och blodkärlssjukdomar _____			
3. Sjukdomar i andningsorganen _____			
4. Neurologiska sjukdomar _____			
5. Annat, vad _____			
4. Nödvändiga mediciner _____			
5. Använder du hjälpmedel? <input type="checkbox"/> Inga hjälpmedel <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol			
6. Bedömning av funktionsförmågan under det senaste halvåret? Kryssa, enligt egen åsikt	NEJ	JA Till en del	JA Mycket
Rör du dig mindre utomhus?			
Har det blivit svårare att stiga upp från stolen?			
Tar du stöd mot armstöden när du stiger upp från stolen?			
Har din gånghastighet blivit långsammare?			
Har du svårigheter att gå i trappor?			
Har din trötthet ökat?			

7. Har du något/några av följande symptom?

Märk med ett X, enligt egen åsikt

SYMPTOM	Vid vila	Vid lätt ansträngning	Vid hög ansträngning	Inte alls
Bröstmärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andnöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Har du fallit omkull under det senaste halvåret?  Ja \_\_\_\_\_gånger  Nej

9. Dina motionsvanor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Jag ansöker  Motionssalträning  Vattengymnastik

OBS! Deltagande i motionsgrupper på eget ansvar. Stadens ansvarsförsäkring täcker bristfällig utrustning eller personskador orsakade av bristfällig instruktion.

Datum och underskrift: \_\_\_\_\_

Ansökningsblanketten returneras till adressen:  
Bergcenter, Motionsverksamhet, Berggatan 2-4, 65100 Vasa  
Förfrågningar: ansvarig fysioterapeut Marja Carlström, tfn 040 747 3904  
eller motions-salar 040 1702027, 040 832 9442