

Personligt hjärnskadekort

Beställning

Namn:.....

Födelseår:.....

Medlemsnummer:.....

Tel:.....

Adress:.....

.....

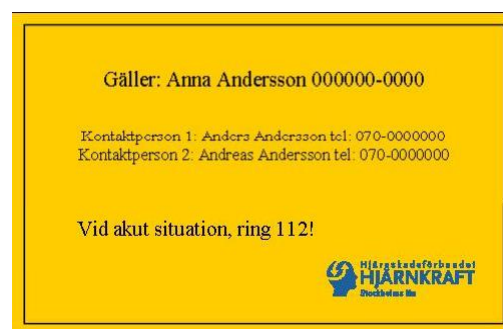
Kontaktperson 1, namn.....

Tel:.....

Kontaktperson 2 (om finnes), namn.....

Tel:.....

Exempel:



Kryssa för de alternativ som stämmer med din situation

Jag har en hjärnskada på grund av:
(OBS! Denna uppgift lämnas frivilligt.)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Virus |
| <input type="checkbox"/> Trafikolycka | <input type="checkbox"/> Fallolycka |
| <input type="checkbox"/> Hjärntumör | <input type="checkbox"/> Aneurysm |
| <input type="checkbox"/> Annan, vilken:..... | |

Jag har svårigheter med:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tal | <input type="checkbox"/> Epilepsi |
| <input type="checkbox"/> Balans | <input type="checkbox"/> Initiativförmåga |
| <input type="checkbox"/> Orientering | <input type="checkbox"/> Minne |
| <input type="checkbox"/> Trötthet | |
| <input type="checkbox"/> Annat, vilket:..... | |

Ja, tack. Jag reser mycket och vill även ha en engelsk version av kortet.

Skicka ifyllt formulär till:

Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft

Stockholms län

Nybohovsgränd 16

117 63 Stockholm

Har du några frågor om kortet eller formuläret ring kansliet tel 08 - 447 45 31