

Kurs _____ vom _____ bis _____

Kursleitung _____

Personalien

☐ Frau

☐ Herr

Name _____

Vorname _____

Strasse und Nr. _____

Institution _____

PLZ _____ Ort _____

Kanton _____

Tel. _____

Natel _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

AHV-/IV-Nummer _____

Behinderung/Krankheit _____

Muttersprache _____

Weitere Sprachen _____

Kommunikation ☐ gut

☐ erschwert

☐ mit Hilfsmittel

Mein letzter ASPr-SVG-Kurs _____ Jahr _____

Bei Krankheit/Unfall benachrichtigen

Name/Vorname _____ Tel. _____

Verwandtschaftsverhältnis _____ Natel _____

Gesetzlicher Vertreter/Beistand

☐ Frau

☐ Herr

Name _____

Vorname _____

Strasse und Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Tel./Natel _____

E-Mail _____

Rechnung bitte an

☐ Teilnehmer/-in

☐ Gesetzlicher Vertreter/Beistand

☐ Andere _____

Speziell notwendige pflegerische Massnahmen sind im beiliegenden Pflegebericht aufzuführen und zusammen mit diesem Formular an die ASPr-SVG | Polio.ch zu senden.

Versicherungen

Krankenkasse

Bitte Krankenkassenkarte mitnehmen

☐ IV-Bezüger/-in

☐ AHV-Bezüger/-in

Unfallversicherung

Die Unfallversicherung ist Sache der Teilnehmer/-innen

Reiseangaben

☐ Per Bahn ab Bahnstation _____

☐ Generalabo

☐ Halbtaxabo

☐ Gleis 7

☐ Kein Abo

☐ Gemeinde-Tageskarte SBB

☐ Im eigenen Auto _____ freie Plätze

☐ Im Auto von _____

Mit

☐ Handrollstuhl

☐ Elektro-Scooter

☐ Elektrorollstuhl

☐ Swiss Trac

☐ Gültige SBB-Begleiterkarte. **Falls nicht, bitte beschaffen.**

Diverse Angaben

☐ Vegetarier/-in

☐ Raucher/-in

☐ Höhenempfindlichkeit (für Kursausflüge)

ab _____ m ü. M.

Hobbies und besondere Interessen _____

☐ Die Verwendung von während des Kurses aufgenommener Fotos mit meinem Abbild ist der ASPr-SVG nicht gestattet

Gemäss Vertrag mit dem BSV stehen unsere Kurse nur Personen mit einer Körperbehinderung offen.
Die Bestätigung der Kursteilnahme erfolgt durch die jeweilige Kursleitung.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Beistands

Dieses Formular bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit dem Pflegebericht an folgende Adresse schicken:

ASPr-SVG | Polio.ch, Rte du Grand-Pré 3, 1700 Freiburg
erika.piat@aspr.ch

Wichtiger Hinweis

Die persönlichen Daten der Teilnehmer/-innen werden vertraulich behandelt. Ihre Weitergabe an Dritte ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Betroffenen erlaubt (Ausnahme: medizinischer Notfall).