



## **DAG KLINIKK FOR OPPTRENING AV RYGGMARGSKADDE**

---

### **SØKNADSSKJEMA OG BRUKERINFORMASJON.**

All informasjon i denne søknaden er konfidensiell. Informasjonen vil kun bli brukt av de ansatte ved Next Move Clinic for å vurdere om bruker er klar for programmet, og om eventuelle spesielle hensyn må taes. For å gi hver bruker et trygt og effektivt treningsprogram, må alle fylle ut denne søknaden. Så fort søknaden er gjennomgått vil vi kontakte deg så fort som mulig via e-post eller telefon.

Vær vennlig å fyll ut søknaden send den til:

[Cecilie@nextmoveclinic.no](mailto:Cecilie@nextmoveclinic.no)

Next Move Clinic  
CO Østerås Fysioterapi og treningssenter  
Otto Ruges Vei 80  
1361 Østerås.

Eller faks den til: 67 16 60 81

### **Dato for ønsket opphold**

Fra: \_\_\_\_\_ Til: \_\_\_\_\_

### **Klient/Bruker Informasjon**

Navn; \_\_\_\_\_

Adresse; \_\_\_\_\_

Postnummer; \_\_\_\_\_ Poststed; \_\_\_\_\_

Land; \_\_\_\_\_

Hjem telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-post; \_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_ Alder: \_\_\_\_\_ Høyde: \_\_\_\_\_ Vekt: \_\_\_\_\_ Kjønn: \_\_\_\_\_

På hvilket nivå er du skadet: \_\_\_\_\_ Komplet/Innkomplett diagnose: \_\_\_\_\_

Dato du ble skadet: \_\_\_\_\_ Dato for siste lege sjekk: \_\_\_\_\_

Hvordan ble du skadet? \_\_\_\_\_

**Ved nødstilfelle, vennligst kontakt:**

Navn: \_\_\_\_\_

Telefon nummer hjem: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon jobb: \_\_\_\_\_

Lag en liste over hvilke hjelpemidler du bruker i hverdagen (i.e.: rullestol (manuell eller motorisert), gå stol, krykker, "pass-på belte" , kne/ankel ortoser, etc:

---

---

---

---

**Beskriv dine fysiske evner. Inkluder kontrollerte bevegelser, tonus/spenninger eller spasmer. Vær så spesifikk som mulig:**

Overekstremitetene (Eksempler på tonus/spenning og spasmer: neven knytter seg, biceps spasme som fører til at albuen bøyer seg eller triceps spasme som fører til at albuen låser seg):

---

---

---

Overkroppen. Kan du holde balansen når du sitter uten noe form for støtte? Når du ligger flatt på ryggen får du en sterk kontraksjon som gjør at du mister pusten? Får du spasme i nedre del av rygg når du sitter slik at den trekker deg ned i rygg liggende?

---

---

---

Underekstremiteten (Eksempel: tærne peker nedover eller helene berører hverandre når du sitter i en stol (spasme i bakre legg muskulatur), når du ligger flatt på ryggen så sparker leggene dine oppover (spasme i fremre lår muskulatur) eller knærne trekkes mot brystet (spasme i hamstring/hofteledds bøyeren):

---

---

---

Vennligst nevnt andre fysiske problemer eller spesielle hensyn (i.e. osteoporose, kne instabilitet, ledd/muskulatur problemer, overvekt, hypersensibilitet (overfølsom), skruer/plater i ryggen, andre helse problemer):

**Medikamenter**

Type	Dosering	Funksjon

**Vennligst svar JA eller NEI på følgende spørsmål**

Tidligere hjerte/kar problematikk: \_\_\_\_\_

Brystsmerter: \_\_\_\_\_

Høyt blodtrykk: \_\_\_\_\_ Lavt blodtrykk: \_\_\_\_\_

Problemer under trening: \_\_\_\_\_

Osteoporose: \_\_\_\_\_ Osteopeni: \_\_\_\_\_ Har du blitt anbefalt av din

lege til å ikke trene: \_\_\_\_\_

Har du blitt operert i den siste tiden (annet enn ryggmargskaden innen de siste 12

månedene): \_\_\_\_\_

Gravid (nå eller innen de siste 3 månedene): \_\_\_\_\_

Puste/lunge problemer: \_\_\_\_\_ Astma: \_\_\_\_\_ Andre lunge problemer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Muskel, ledd eller rygg problematikk, eller andre tidligere skader som fortsatt påvirker

deg: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_

Høyt kolesterol: \_\_\_\_\_

Overvekt: \_\_\_\_\_

Brokk, eller andre problemer som kan bli forverret av intens trening: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Er du klar over andre sykdommer eller problemer som kan gjøre det vanskelig for deg å delta i et trenings program, andre enn de som allerede er nevnt?

\_\_\_\_\_  
Hvis ja, vennligst forklar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Har legen din gitt deg godkjenning til å delta i et intensivt treningsprogram? \_\_\_\_\_

**Vennligst skriv ditt navn tydelig:**

---

Signatur: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Er du under 18 år, navn på foresatte eller verge: \_\_\_\_\_

Foresatte eller verges signatur: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

**Bekreftelse på oppholdet**

For å kunne garantere deg et opphold ved Next Move Clinic så må vi ha en bekreftelse av deg en måned i forkant.

**Betaling**

Vi ser gjerne at du betaler hele beløpet 2 uker før oppholdet startet. Dette gjør regnskapet enklere for oss. Men du kan også velge å betaler halvparten 2 uker før oppholdet og halvparten siste uka for oppholdet.

Hvis betaling ikke er kommet inn innen fristen kan navnet ditt fjernet fra listen og plassen gjøres tilgjengelig for noen andre. Beskjed vil bli gitt via e-post.

**Avbestillings frist**

Hvis klienten ønsker å kansellere oppholdet så må dette skje 2 uker før klienten ankommer Next Move Clinic. Ved avbestillinger refunderer vi hele beløpet dersom vi finner andre klienter som overtar plassen. Dersom vi ikke finner det refunderes halve beløpet.