

Medicinskt kort 2 del 1

Ansökan om paralicens för bowlare med fysiska funktionsnedsättningar (Svenska Bowlingförbundet)

INFORMATION: Sv. Bowlingförbundet (SvBF) är ett specialförbund inom Riksidrottsförbundet. SvBF har ansvaret för den nationella verksamheten och medlemsadministrationen, innefattande behörighet att godkänna de medicinska korten. Dessa används som underlag för behörighet att delta i SvBF:s sanktionerade tävlingsaktiviteter. Nedanstående medicinska kort riktar sig till dig med fysiska funktionsnedsättningar.

Du som fyller i detta kort skall vara: Läkare eller fysioterapeut i samråd med utövare

Till dig som blivit ombedd att fylla i detta kort

Fyll i uppgifterna så noggrant som möjligt och skicka sedan till Svenska Bowlingförbundet, Box 11016, 100 61 Stockholm

Funktion

Läkare Utövare Fysioterapeut

Personuppgifter utövare

Namn: _____

Licensnummer: _____

Personnummer: (12 siffror) _____ - _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Ort _____

Föreningstillhörighet: _____

Telefon dagtid: _____

E-mailadress: _____

1. AMPUTATION

(Minst hel hand eller fot eller jämförbar medfödd defekt)

- Arm Höger Vänster
- Hand / fingrar Höger. Vänster
- Ben Höger Vänster
- Fötter till fotled Höger Vänster

Andra amputationer och övrig information

1. Ledstelhet

A. Total oförmåga i rörelse: axel, armbåge, handled, höft, knä eller fot
 Ange lokalisation _____

Medicinskt kort 2 del 2

Ansökan om paralicens för bowlare med fysiska funktionsnedsättningar (Svenska Bowlingförbundet)

3. FÖRLAMNINGSSKADA

Hemiplegi – Hemipares; Uttalad Höger Vänster Lätt Måttlig

Motorisk skadenivå (gäller ryggmärgsskador)

Total pares under: _____

Partiell pares under: _____

Spasticitet

Ingen Lätt Måttlig Svår

Balans i sittande

Normal Måttlig Dålig Ingen

Använder rullstol för daglig aktivitet

Ja Nej

Använder rullstol vid idrottande

Ja Nej

4. Annan begränsning i rörelse som gör att du är i behov av rullstol.

Jag godkänner att mina uppgifter behandlas av svenska bowlingförbundet i linje med GDPR

Signatur utövare _____

Datum _____

Cerebral Pares

Ja Nej

Muskeltest

Har personen begränsad rörlighet och / eller styrka i muskulatur och leder som används i samband med bowling skall ett muskeltest genomföras.

Detta är ett separat formulär.

