

Medicinskt kort 1 del 1

Intyg för ansökan om paralicens för bowlare med intellektuell funktionsnedsättning (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, vilket används som underlag för behörighet att delta i SvBF:s sanktionerade tävlingsaktiviteter. Detta medicinska kort riktar sig enbart till de med intellektuella funktionsnedsättningar, diagnostiserade innan 18års ålder. Vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar hänvisar vi till den verksamhet som inte kräver parabehörighet.

Du som fyller i detta kort skall vara: Tränare, LSS-handläggare, assistent, lärare eller anhörig.

SvBF utgår från nedanstående definition av intellektuell funktionsnedsättning;

- Brister i intellektuella funktioner såsom slutledningsförmåga, problemlösning, planering, abstrakt tänkande, omdöme, studieförmåga och förmåga att lära av erfarenheter vilket styrks via såväl klinisk bedömning som via individualiserande, standardiserade intelligenstester.
- Brister i adaptiv funktionsförmåga vilket leder till att personen inte når upp till den utvecklingsmässigt och sociokulturellt förväntade nivån av personligt oberoende och socialt ansvarstagande, vilket visar sig under utvecklingsperioden.

Till dig som blivit ombedd att fylla i detta kort

Fyll i uppgifterna så noggrant som möjligt och skickas sedan till Svenska Bowlingförbundet, Box 11016, 100 61 Stockholm. Du kan även maila det medicinska kortet till:

Funktion

Assistent LSS-handläggare Lärare Tränare Anhörig

Personuppgifter utövare

Namn: _____
 Licensnummer: _____
 Personnummer: (12 siffror) _____ - _____
 Adress: _____
 Postnummer: _____ Ort _____
 Föreningstillhörighet: _____
 Telefon dagtid: _____
 E-mailadress: _____

Intellektuell funktionsnedsättning

Har personen genomgått utredning av psykolog/läkare som stöder diagnosen utvecklingsstörning/intellektuell funktionsnedsättning?

Ja

Bifoga läkarbedömning / utredningsunderlag (kopia från 1177 godkänns)

Namn på läkare _____
 Bowlarens ålder vid första utredningstillfället _____

Önskar att spela med Gotlandsrännan

Om ja, se sida 2.

Ja Nej

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

Signatur utövare _____

Datum _____

Medicinskt kort 1 del 2

För dig med intellektuell funktionsnedsättning och fysiska begränsningar som önskar spela med gotlandsrädda.

INFORMATION: Del 2 är till för dig med både en intellektuell funktionsnedsättning och fysiska begränsningar, där du upplever behov av att spela med Gotlandsrädda. Del 2 kan även fyllas i av en fysioterapeut.

Funktion

Din relation till utövaren _____

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

2. Ledstelhet

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

Ange lokalisation _____

B. Inskränkt rörlighet; Ange kroppsdel / kroppsdelar och dess begränsningar.

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 och Gotlandsrädda.
