

## KLASSIFISERINGSSKJEMA

Navn:	_____
	(BRUK BLOKKBOKSTAVER)
Fødselsdato:	_____
	dag/måned/år
Kjønn:	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Adresse:	_____
Postnr/sted:	_____
Telefon:	_____ (privat) _____ (jobb) _____ (mobil)
E-post:	_____
Medlem av:	_____ Krets: _____

Klassifisert under:	Trening <input type="checkbox"/>	Konkurranse <input type="checkbox"/>		
Første gang klassifisering	<input type="checkbox"/>	Protest <input type="checkbox"/>	Reklassifisering <input type="checkbox"/>	Kontroll <input type="checkbox"/>

Diagnose:	_____		
	_____		
	_____		
Debut år:	_____		
Amputasjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Nivå:	_____
Ryggmargsskade	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Nivå:	_____ <input type="checkbox"/> Kompl. <input type="checkbox"/> Inkomp.
Tilleggsf.h.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hva?	_____
Gangfunksjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hjelpemidler/krykker:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Ståfunksjon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hjelpemidler/krykker:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Rullestol	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Elektrisk		
Kommentarer (eks. ryggdeformitet, avstiving av ledd/rygg osv.):			
_____			
_____			
_____			

