

ANMÄLNINGSFORMULÄR FÖR ATT BLI TESTPERSON

Med denna blankett talar du om för oss att du är intresserad av att delta vid tester av produkter, tjänster eller miljöer som utförs i Unicums regi.

Du förbinder dig inte vid någonting och du har alltid rätt att säga nej till att delta! Du godkänner med din underskrift att Unicum lagrar uppgifterna på detta formulär i digital form i en sk testdatabas. Denna databas hanteras med sekretess enligt Personuppgiftslagen, PUL.

Tack för att du är intresserad!

Namn

Adress

Postnummer och ort

Telefonnummer (hem/mobiltelefon)

e-postadress

Personnummer

Diagnos

(förttydligande gällande din funktionsnedsättning anges på sidan 2)

Övrigt

(t ex om diagnos, allergi etc)

Underskrift

Glöm inte underskriften!

Förklaring till numreringen på kryssrutorna: 0 = **Ingen** nedsättning/besvär
1 = **Lätt** nedsättning/besvär
2 = **Måttlig** nedsättning/besvär
3 = **Stor** nedsättning/besvär
4 = **Total** nedsättning/besvär

HÖRSEL

Nedsättning vänster öra 0 1 2 3 4

Nedsättning höger öra 0 1 2 3 4

Tinnitus vänster öra 0 1 2 3 4

Tinnitus höger öra 0 1 2 3 4

SYN

Vänster öga 0 1 2 3 4

Höger öga 0 1 2 3 4

RÖRELSEFÖRMÅGA

Vänster hand 0 1 2 3 4

Höger hand 0 1 2 3 4

Vänster arm 0 1 2 3 4

Höger arm 0 1 2 3 4

Vänster ben 0 1 2 3 4

Höger ben 0 1 2 3 4

Bålstabilitet 0 1 2 3 4

KOGNITION

Koncentration 0 1 2 3 4

Orientering 0 1 2 3 4

Sortera intryck 0 1 2 3 4

Ljud- ljuskänslig 0 1 2 3 4

Läsa/skriva 0 1 2 3 4

Strukturering 0 1 2 3 4

Minne 0 1 2 3 4

Mental trötthet 0 1 2 3 4

Annat: 0 1 2 3 4

Annat: 0 1 2 3 4

Använd gärna baksidan om du vill förtydliga!