Inschrijven

ZekerBewegen

**Startdatum (invullen door docent):**

**Locatie (invullen door docent):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 1. Uw gegevens
 |
| Naam |  |   |
| Adres |  |   |
| Postcode + woonplaats |  |   |
| Telefoonnummer |  |   |
| Telefoonnummer contactpersoon in geval van nood |  |  |
| Emailadres |  |  |
| Leeftijd |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 1. Valpreventie
 |
| Heeft u moeite met bewegen, lopen of opstaan? |  | [ ]  Ja [ ]  Nee  |
| Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen, zoals een stok, rollator of looprek? |  | [ ]  Ja [ ]  Nee  |
| Bent u het afgelopen jaar gevallen? |  | [ ]  Ja [ ]  Nee  |
| Bent u bang om te vallen? |  | [ ]  Ja [ ]  Nee  |
| Hoe woont u? |  | [ ]  Ik woon samen [ ]  Ik woon alleen  |
| Opmerkingen (bijv. ziektes, aandoeningen, of gebruikt u medicijnen?) |  |  |
| Hoe wist u dat deze cursus er is?  |  |  |
| Volgde u eerder een cursus valpreventie? Zo ja, welke?  |  | [ ]  In Balans [ ]  Otago [ ]  Zicht op Evenwicht [ ]  Vallen verleden tijd [ ]  ZekerBewegen [ ]  Anders, namelijk………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 1. Toestemming
 |
| Mag GGD Amsterdam uw antwoorden anoniem gebruiken voor onderzoek? |  | [ ]  Ja [ ]  Nee  |
| GGD Amsterdam hoort na de cursus graag hoe het met u gaat. Mag GGD Amsterdam u daarvoor bellen?  |  | [ ]  Ja, daarvoor mag GGD Amsterdam mijn contactgegevens ontvangen[ ]  Nee  |
| Wilt u de nieuwsbrief van *Laat u niet vallen* ontvangen? |  | [ ]  Ja [ ]  Nee  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 1. Ondertekening
 |
| Graag neem ik deel aan de cursus *ZekerBewegen* |  | ☐ Ja |
| Datum |  |  |
|  |  |  |
| Handtekening |  |  |