

ANMÄLNINGSTALONG FÖR MEDLEMSKAP I ILCO

Fyll i namn, adress, telefonnummer och födelseår och även mobil och e-post om du vill.

Medlemskapet kostar 200:-/år. Familjemedlemskap 300:-/år.

För barn upp till 18 år är det viktigt att det är barnet som blir medlem bl.a. för att vi ska kunna skicka inbjudan till familjedagar och läger. Minst en förälders namn måste också anges.

Fält med * är obligatoriska.

Födelseår *	ÅÅÅÅ	Operationsår
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Förnamn *	Efternamn *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adress *		
<input type="text"/>		
Postnummer *	Postort *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer	Mobilnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-postadress		
<input type="text"/>		
Målsmans namn (om du inte är myndig)		
<input type="text"/>		

Ange här nedan och till höger med ett X vad som gäller för dig!

Din diagnos

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analatresi | <input type="checkbox"/> Blåsexstrofi |
| <input type="checkbox"/> Cancer i tjock- och/eller ändtarm | <input type="checkbox"/> Cancer i urinblåsa |
| <input type="checkbox"/> Chrohns sjukdom | <input type="checkbox"/> Colon irritabile, IBS |
| <input type="checkbox"/> Divertikulit | <input type="checkbox"/> Endometrios |
| <input type="checkbox"/> Familjär Adenomatös Polypos, FAP | <input type="checkbox"/> Hirschsprungs sjukdom |
| <input type="checkbox"/> Kloakexstrofi | <input type="checkbox"/> Ulcerös Colit |
| <input type="checkbox"/> Uretravalvel | <input type="checkbox"/> Ändtarmsfistlar |
| <input type="checkbox"/> Vill bli medlem utan någon av ovanstående diagnoser | |

Vad passar in på dig? Kryssa i de fält som stämmer.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blåssubstitut | <input type="checkbox"/> Bäckrenservoar |
| <input type="checkbox"/> Colostomi | <input type="checkbox"/> Ileostomi |
| <input type="checkbox"/> IRA | <input type="checkbox"/> Kontinent ileostomi, Kocks |
| <input type="checkbox"/> Kontinent urostomi | <input type="checkbox"/> Loopileostomi |
| <input type="checkbox"/> Mitrofanoffstomi | <input type="checkbox"/> Nefrostomi |
| <input type="checkbox"/> Urostomi | <input type="checkbox"/> Ej opererad |

Kontakt

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jag vill ha kontakt med kontaktförälder | <input type="checkbox"/> Jag vill ha personlig kontakt |
|--|--|

Önskar ni familjemedlemskap ange familjemedlemmarnas namn här:

Sänd anmälan till: ILCO, Box 1386, 172 27 Sundbyberg

Din anmälan behandlas på ILCOs kansli med högsta diskretion och under självklar tystnadsplikt.