

# Kundformulär



Följande utbildningar önskas:

HLR Vuxen  D-HLR  Första Hjälpen  Stoppa Blödningen

Antal deltagare:

Valbara tillval i Första Hjälpen:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Sår  | <input type="checkbox"/> |
| Avsliten kroppsdel och avsnörande förband    | <input type="checkbox"/> |
| Svimning                                     | <input type="checkbox"/> |
| Förgiftning och frätskada                    | <input type="checkbox"/> |
| Elolycka                                     | <input type="checkbox"/> |
| Feberkramp hos barn                          | <input type="checkbox"/> |
| Motorcykelolycka                             | <input type="checkbox"/> |
| Skallskada                                   | <input type="checkbox"/> |
| Astma  | <input type="checkbox"/> |
| Bett av djur eller människa                  | <input type="checkbox"/> |
| Bukskada eller bukåkomma                     | <input type="checkbox"/> |
| Benbrott                                     | <input type="checkbox"/> |
| Värmeslag                                    | <input type="checkbox"/> |
| Nedkylning och köldskada                     | <input type="checkbox"/> |
| Utslagen tand                                | <input type="checkbox"/> |
| Urledvrickning                               | <input type="checkbox"/> |
| Stukning/vrickning                           | <input type="checkbox"/> |
| Näsblod                                      | <input type="checkbox"/> |
| Förflyttningstekniker (släp-/kläd-/filtlyft) | <input type="checkbox"/> |

Kortfattad beskrivning av verksamheten:

Har deltagarna någon form av erfarenhet inom Hälso- och Sjukvård?

Ja  Nej

Om ja ange vad:

--------------

Finns hjärtstartare på arbetsplatsen?

Ja  Nej

Finns Första Hjälpen – väska på arbetsplatsen?

Ja  Nej

Önskar verksamheten skapa en "Hjärtsäker zon"

Ja  Nej

Finns lokal till förfogande inför utbildningen?

Ja  Nej

Särskilda önskemål:

------------------

#### Kundinformation (för kundregister/offert/faktura)

Företag:	
Verksamhet:	
Orgnr:	
Adress:	
Kontaktperson:	
Telnr:	
Mailadress:	

Detta formulär fylls i och skickas till [info@vigila.se](mailto:info@vigila.se) alternativt postas till följande adress:

Vigila

Erik Norbeck

Vänortsvägen 30

824 41 Hudiksvall