



Nýrnafélagið

Ég óska eftir að gerast félagi í Nýrnafélaginu. Félagsgjald er nú kr. 4.500- á ári

Nafn _____

Kennitala _____ heimilisfang _____

póstnúmer _____ sveitarfélag _____

sími heima _____ gsm _____

Netfang _____

Ég er (merkið við með x ef við á)

Nýrnasjúklingur _____
aðstandandi _____
nýræþegi _____
nýragjafi _____

ég vil styrkja starfið _____

Annað _____

- **SMS listi**, samþykki að fá áminningu um viðburði með SMS, **Já / Nei**
- **Stuðningsnet**, ég vil fá jafningjastuðning, **Já / Nei**
- **Ráðgjöf hjá fjölskyldufræðing**, ég vil fá stuðning og ráðgjöf **Já / Nei**
- **Ráðgjöf hjá einkaþjálfara**, ég vil fá ráðgjöf um hreyfingu **Já / Nei**

Verkefni og baráttumál Nýrnafélagsins:

- **Að styðja og styrkja nýrnasjúka og aðstandendur þeirra**
- **Að auka heimaskilun fyrir nýrnasjúka**
- **Að fá fleiri blóðskilunardeildir út um allt land**
- **Að Ísland verði virkur hluti af krossgjafaferli nýræþega á Norðurlöndunum**
- **Að efla stuðning við nýragjafa eftir aðgerð**
- **Að efla forvarnir til að minnka nýrnasjúkdóma**

Takek fyrir stuðninginn við félagið