

HAKEMUS

Hakemus lapsiperheiden ja nuorten sopeutumisvalmennuskurssille

Kurssi, jolle haette: _____

HAKIJAN TIEDOT

Lapsen nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite, postinumero, postitoimipaikka	
Puhelinnumero (huoltajan)	Sähköposti (huoltajan)

KURSSILLE HAKEVAN VANHEMMAT / SISARUKSET / MUU LÄHEINEN

Nimi	Henkilötunnus	Sukulaisuussuhde	Osoite, jos eri kuin hakijan

ALLERGIAA, ASTMAA JA/TAI IHOSAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Mitä allergisia sairauksia hakijalla on ja milloin ne on todettu?
Muut mahdolliset sairaudet



Hakijan käyttämä lääkitys
Hoitava lääkäri/hoitoyksikkö
Muiden kurssille hakevien perheenjäsenten pitkäaikaissairaudet tai muuta huomioitavaa
Onko elämäntilanteessanne tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa sopeutumisvalmennuksen toteuttamiseen?
Tarvitsetteko avustajan tai erityisiä apuvälineitä kurssin aikana?

SOPEUTUMISVALMENNUSKURSSIN TARPEELLISUUS

Kuvaile, millä tavoin sairaus vaikuttaa hakijan arkeen ja selviytymiseen jokapäiväisessä elämässä
Kuvaile omin sanoin, miksi haluatte sopeutumisvalmennuskurssille
Mitkä ovat omat tavoitteenne ja odotuksenne sopeutumisvalmennuskurssille (hakijan/perheen)?
Oletko tai oletteko perheenä aiemmin osallistunut sopeutumisvalmennukseen tai kuntoutukseen? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mille kurssille ja minä vuonna?



Oletko tai onko perheesi hakenut **tänä vuonna** muualta kuntoutusta tai sopeutumisvalmennusta?

ei kyllä, mille kurssille?

Paikka _____ Aika ____ / ____ 20 ____

Hakijan allekirjoitus ja puhelinnumero

Hakemuksen liitteeksi tarvitaan tiedot sairaudesta ja lääkityksestä, esimerkiksi kopio viimeisimmästä lääkärikäynnistä tai lääkärin B-lausunto. Voit poimia tarvittavat tiedot itse Omakannasta, tai pyytää todistuksen lääkäriltä tai hoitajalta.

Hakemuksen palautusosoite

Allergia-, Iho- ja Astmaliitto ry / kuntoutussuunnittelija
Paciuksenkatu 19, 00270 HELSINKI

