

## Hakemus aikuisten kuntoutusjaksolle 2017

**Astmaa ja allergiaa sairastavat aikuiset, kuntoutusjakso 4 kertaa:**

- Pääkaupunkiseutu 4.10.-1.11.*  
 *Tampere 24.10.-21.11.*

### HAKIJAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite, postinumero, postitoimipaikka	
Puhelinnumero	Sähköposti
Lähiomainen/yhteyshenkilö	Puhelinnumero

### ALLERGIAA JA ASTMAA KOSKEVAT TIEDOT

Mitä allergisia sairauksia hakijalla on ja milloin ne on todettu?
Muut mahdolliset sairaudet
Hakijan käyttämä lääkitys
Hoitava lääkäri/hoitoyksikkö
Onko elämäntilanteessanne tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa sopeutumisvalmennuksen toteuttamiseen?
Tarvitsetteko avustajan tai erityisiä apuvälineitä kurssiviikon aikana?

## KUNTOUTUSKURSSIN TARPEELLISUUS

Kuvailkaa, millä tavoin sairaus vaikuttaa arkeen ja selviytymiseen jokapäiväisessä elämässä
Kuvailkaa omin sanoin, miksi haluatte kuntoutuskurssille
Mitkä ovat odotuksenne kurssille? Ja toiveet aiheiksi, joita toivoisit erityisesti kurssilla käsiteltävän?
Erityisruokavaliot/ ruoka-allergiat <input type="checkbox"/> ei erityisruokavaliota <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> keliakia (sis. gluteenitonta kauraa) <input type="checkbox"/> vähälaktoosinen <input type="checkbox"/> laktoositon <input type="checkbox"/> maitoallergia (korvaava tuote: ) _____ <input type="checkbox"/> vilja-allergia (vältettävät viljat: ) _____ <input type="checkbox"/> muut ruoka-allergiat (vältettävät ruoka-aineet: ) _____ <input type="checkbox"/> anafylaksiariski tai saatu anafylaksia (seuraavat ruoka-aineet: ) _____
Saatteko Kelan vammaistukea allergiaan, astmaan tai atooppiseen ihottumaan? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> perustuki <input type="checkbox"/> korotettu <input type="checkbox"/> ylin Tuki voimassa ____/____ asti (kk/vuosi)
Oletteko aiemmin osallistunut sopeutumisvalmennukseen tai kuntoutukseen? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mille kurssille ja minä vuonna ?
Oletteko hakenut <b>tänä vuonna</b> muualta kuntoutusta tai sopeutumisvalmennusta? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mille kurssille ?

Paikka \_\_\_\_\_ Aika \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Hakijan allekirjoitus ja puhelinnumero

---

**Hakemuksen liitteeksi tarvitaan** lääkärin/hoitajan suositus, jossa tulee olla riittävät tiedot sairaudesta ja lääkityksestä sekä perustelut kuntoutusjakson tarpeellisuudesta hakijalle. **Huom.** Voit poimia tarvittavat tiedot itse myös Omakannasta! <http://www.kanta.fi/omakanta>.

### HAKEMUKSEN PALAUTUSOSOITE

Allergia- ja astmaliitto / Kuntoutus, Paciuksenkatu 19, 00270 HELSINKI