

**Palauta hakemus LIITTEINEEN**

Kuntoutus
Sitratie 7, 00420 Helsinki
Puh. (09) 4541 1141
Faksi (09) 4541 1123

Kurssihakemus

NUORTEN KURSSI

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT	Etunimi	Sukunimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Asuinkunta	Puhelin päivisin (suunta-/nro)	GSM
KURSSITIEDOT	Kurssipaikka		Aika
AIKAISEMMAT KURSSIT TAI KUNTOUTUS- JAKSOT	Olen osallistunut aiemmin sopeutumisvalmennuskurssille		<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Missä, milloin?		
	Olen ollut laituskuntoutusjaksolla/Psykiatrisella osastojaksolla		<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Missä, milloin?		
TERVEYSTIEDOT	Sairaus, jonka perusteella kurssille haetaan		Diagnosointivuosi
	Muut mahdolliset sairaudet		
	Hoitava lääkäri		
	Hoitavan lääkätin toimipaikka (esim. terveyskeskus, keskussairaala, yksityinen lääkäriasema)		
	Miten sairaus haittaa selviytymistä päivittäisistä toiminnoista?		
	Käytössä olevat apuvälineet		
	Säännöllinen lääkitys ja hoitotoimenpiteet		
Erikoisruokavalio ja allergiat			

KÄÄNNÄ →

ODOTUKSENI KURSSILTA	Perustelut, miksi haen kurssille:		
ELÄMÄN TILANNETTA KOSKEVAT TIEDOT	Ammatti (jos on)		
	Opiskelu-/työtilanne	<input type="checkbox"/> Opiskelen	<input type="checkbox"/> Olen työtön
		<input type="checkbox"/> Olen työssä	<input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____
	<input type="checkbox"/> Olen sairauslomalla, ajalla:		
KOULUTUS	Mikä on peruskoulutuksesi		
	<input type="checkbox"/> Peruskoulu	<input type="checkbox"/> Ylioppilastutkinto	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Mikä on ammatillinen koulutuksesi (oppilaitos, linja)?		Valmistumisvuosi
HAKIJAN SIVILI- SÄÄTY	<input type="checkbox"/> Avio-/avoliitossa <input type="checkbox"/> Naimaton		
	<input type="checkbox"/> Lasten syntymävuodet: _____		
ASUMINEN	<input type="checkbox"/> Asun yksin <input type="checkbox"/> Asun perheeni kanssa <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
	<input type="checkbox"/> Vanhempieni luona <input type="checkbox"/> Esim. tukiasunto tai perhekoti		
LÄHIN OMAINEN	Etinimi	Sukunimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Asuinkunta	Puhelin päivisin (suunta-/nro)	GSM
	Lähin omainen on hakijan		
	<input type="checkbox"/> avio/avopuoliso <input type="checkbox"/> lapsi äiti / isä <input type="checkbox"/> Muu, kuka?		
LISÄTIETOJA			
SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS	Suostun siihen, että kuntoutusasiani käsittelyssä saadaan antaa tarpeellisia tietoja kuntoutuksesta huolehtiville laitoksille ja viranomaisille sekä pyytää näiltä kuntoutusasiani hoitamiseen tarvittavia tietoja.		
	Paikka ja aika		
	Hakijan/huoltajan allekirjoitus (alle 18-vuotiaalta molempien allekirjoitukset)		

MUISTA LIITTEET !

MUISTA ALLEKIRJOITUS !