

Hakemuksen saapumispäivä

Liitteet

kpl

Hakijan suku- ja etunimet (perhekurssille lapsen tiedot)	Kutsumanimi
Lähiosoite	Puh.
Postinumero ja -toimipaikka	Sähköpostiosoite
Henkilötunnus	

Mille Crohn ja Colitis ry:n kurssille ensisijaisesti haet?

1. _____

2. _____

Kurssille hakeva läheinen (perhekurssille hakijat erillisellä liitteellä, nimet ja syntymäajat)

Puoliso	Ystävä	Vanhempi	Lapsi	Muu, kuka?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimi				Henkilötunnus

Osoite

Oletko aikaisemmin osallistunut sopeutusvalmennus- tai kuntoutuskurssille?

En ole	Kyllä. Kurssin nimi, aika ja järjestäjä:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sairaustyyppi

Crohnin tauti	Colitis ulcerosa	Muu suolistosairaus, mikä?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sairastumisvuosi		

Mahdolliset leikkausvuodet

Avanne

IAA (ipaa)

Hoitava lääkäri ja/tai hoitopaikka

Miten sairaus haittaa selviytymistäsi jokapäiväisessä elämässä tai ihmissuhteissa?

(Voit käyttää myös erillistä liitettä.)

Säännöllinen lääkitys

Erityisruokavalio, allergiat

Kurssille osallistuvan läheisen erityisruokavalio

Kurssille osallistuvan läheisen toimintakyky ja apuvälineet.

Miksi haluat kurssille? Mitä odotat kurssilta? Mistä haluat tietoa?

Toimeentulo- ja ammatti tiedot

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alle 16-vuotias | <input type="checkbox"/> Työkyvyttömyyseläke | <input type="checkbox"/> Eläkettä saavan perushoitotuki |
| <input type="checkbox"/> Opiskelija | <input type="checkbox"/> Kuntoutustuki/-raha nuorella | <input type="checkbox"/> Eläkettä saavan korotettu hoitotuki |
| <input type="checkbox"/> Työssä | <input type="checkbox"/> Perusvammainen | <input type="checkbox"/> Eläkettä saavan ylin hoitotuki |
| <input type="checkbox"/> Työtön | <input type="checkbox"/> Korotettu vammaistuki | <input type="checkbox"/> Muu, mikä? |
| <input type="checkbox"/> Vanhuuseläke | <input type="checkbox"/> Ylin vammaistuki | <input type="checkbox"/> Olen sairauslomalla ajalla: |

Ammatti _____

Asuminen

Asun yksin Asun perheen kanssa

Apuvälineet ja avuntarve

Avuntarve päivittäistoimissa _____

Päivittäin käytössä olevat apuvälineet _____

Näkökyky	Kuulo	Liikkuminen
_____	_____	_____

Hakemuksen liitteeksi tarvitaan esim. ote epikriisistä, tai muu lääkärinlausunto, jossa on kuvaus terveydentilasta, toimintakyvystä ja hoitavan lääkärin suositus sekä kuntoutujalle että läheiselle. Mikäli sinulla ei ole lääkärin suositusta kurssia varten, et voi hakea kuntoutusrahaa etkä matkakustannusten korvausta Kelasta.

- Kuntoutusasioitani käsittäviä tietojani voi luovuttaa kuntoutuksesta huolehtivalle laitokselle ja viranomaisille sekä pyytää näiltä kuntoutusasioideni hoitamisessa tarvittavia tietoja.
- Tällä hakemuksella antamiani tietoja saa tallentaa Crohn ja Colitis ry:n sopeutumisvalmennusrekisteriin.

Huom. Liitteeksi tarvitaan lääkärin lähete.

Aika ja paikka _____

Hakijan allekirjoitus _____

Hakemus toimitetaan:

Crohn ja Colitis ry, Kuninkaankatu 22 A 4, 33210 Tampere

Crohn ja Colitis ry:n merkintöjä

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hyväksytty kurssille | Päivämäärä _____ |
| <input type="checkbox"/> Ei hyväksytty kurssille | |
| <input type="checkbox"/> Hyväksytty varalle | Päätöksen tekijän allekirjoitus _____ |