

Finnilco ry
Malmin Kauppatie 26
00700 Helsinki

Saapumispäivämäärä

Henkilötiedot	Nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Asuinkunta
	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin
	Sähköposti		
Kurssitiedot	Haen seuraavalle Finnilco ry:n järjestämälle sopeutumisvalmennuskurssille:		
	Kurssin nimi ja paikka		
	Kurssin ajankohta		
	Mikäli en tule valituksi yllä olevalle kurssille, hakemukseni voi siirtää seuraaville kursseille: (Vaihtoehtojen antaminen on vapaaehtoista)		
	Vaihtoehto 1 nimi ja paikka		Kurssin aika
	Vaihtoehto 2 nimi ja paikka		Kurssin aika
Aikaisempi kuntoutus	<input type="checkbox"/> En ole osallistunut aiemmin avanne- ja vastaavasti leikkattujen kursseille <input type="checkbox"/> Olen osallistunut vuosina: <input type="checkbox"/> Olen hakenut Finnilcon järjestämälle kurssille aiemmin, mutta en ole tullut valituksi		
Avanne- tai vastaava leikkausta ja sairautta koskevat tiedot	Avanne- tai vastaava leikkaus tai sairaus, jonka perusteella kurssille haetaan		Leikkausaika
	<input type="checkbox"/> Ohutsuoliavanne <input type="checkbox"/> Paksusuoliavanne <input type="checkbox"/> Virtsatieavanne	<input type="checkbox"/> Kockin rakko <input type="checkbox"/> IPAA (J-pussi) <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	<input type="checkbox"/> Anaali-inkontinenssi <input type="checkbox"/> LSS (=lyhytsuolisyndrooma)
	Leikkaukseen johtanut sairaus		Sairastumisaika
	Muut sairaudet		
	Onko Sinulla vaikeuksia avanteesi hoidossa tai haittaako sairautesi jokapäiväistä elämääsi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, miten avanne/sairaus vaikuttaa selviytymiseesi jokapäiväisessä elämässä, ihmissuhteissa?		
	Erytisyruokavalio, allergiat, käytössä olevat apuvälineet, muut mahdolliset hoitotoimenpiteet		

Tavoite kurssille	Miksi haluan kurssille ja mitä odotan saavani siltä?
Lähin omainen – Kaikki täyttävät	Lähin omainen, osoite, puhelinnumero – Henkilö, keneen otetaan yhteyttä, jos esim. sairastun kurssilla
Läheinen-kurssit – Täytetään, kun kurssille haetaan yhdessä läheisen kanssa	Kurssille osallistuva läheinen <input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Vanhempi <input type="checkbox"/> Lapsi <input type="checkbox"/> Muu, mikä ?
	Nimi, osoite, puhelinnumero Henkilötunnus
Kuntoutusraha ja matkakorvaus	<p>Kela voi myöntää sopeutumisvalmennuskurssille osallistujalle korvausta matkakuluista. Matkakustannukset korvataan yleensä edullisimman kulkuvälineen mukaisesti ja niissä on omavastuuosuus. Kuntoutusrahaa voidaan myöntää 16–67-vuotiaalle henkilölle, joka on estynyt työstään kuntoutukseen osallistumisen vuoksi. Tarkempia tietoja saa Kelasta.</p> <p>Aion hakea kuntoutusrahaa KELAlta Aion hakea matkakorvausta KELAlta <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Kuntoutusrahan ja/tai matkakulukorvauksen myöntäminen edellyttää lääkärintodistusta tai lääkärin vapaamuotoista suositusta/lähetettä kurssille. Toimitathan sen Finnilcoon kurssihakemuksen liitteenä.</p>
Lisätiedot	
Suostumus	Suostun siihen, että kuntoutusasiaini käsittelyssä tarpeellisia tietoja saa antaa kuntoutuksesta huolehtiville tahoille ja viranomaisille sekä siihen, että tiedot kurssille osallistumisesta tallennetaan Finnilcon rekisteriin.
	Paikka Aika Hakijan / huoltajan allekirjoitus
Lääkärin, avannehoitajan tai terveydenhoitajan suositus (ellei erillistä lausuntoa)	<p>Nykyinen terveyden tila ja kurssille asetetut tavoitteet</p> <p>Päivämäärä Suositelijan allekirjoitus</p>
Finnilcon merkintöjä	<input type="checkbox"/> Hyväksytty kurssille <input type="checkbox"/> Ei ole hyväksytty kurssille <input type="checkbox"/> Hyväksytty varalle Päivämäärä <p style="text-align: right;">Kurssinvetäjän allekirjoitus</p>