

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 kurseille: (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 leikattujen kurseille <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"/> Kockin rakko <input type="checkbox"/> Anaali-inkontinenssi <input type="checkbox"/> Paksusuoliavanne <input type="checkbox"/> IPAA (J-pussi) <input type="checkbox"/> LSS (=lyhytsuolisyndrooma) <input type="checkbox"/> Virtsatieavanne <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
	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, avustajan tarve, muut mahdolliset hoitotoimenpiteet		

