|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hakijan****tiedot** | Sukunimi ja etunimi      | Henkilötunnus      |
| Ammatti      | Puhelin koti / työ /       |
| Lähiosoite Sähköpostiosoite            |
| Postinumero       | Postitoimipaikka      | Vakituinen asuinkunta      |
| **Kurssitiedo**t | Kurssin nimi      |
| Kurssipaikka      | Aika |
| **Sairautta/****toiminta-rajoitetta****koskevat****tiedot** | Diagnoosi       Diagnoosi numero       Sairastumisaika       |
| Muut sairaudet      |
| Hoitava lääkäri / hoitopaikka      |
| Mitä haasteita selviytymisessä jokapäiväisessä elämässä / ihmissuhteissa?      |
| Avun tarve/ Tarvitsetteko toisen henkilön apua/ minkälaista apua tarvitsette?      |
| Käytössä olevat apuvälineet, kuulolaite      |
| Säännöllinen lääkitys      |
| Erityisruokavalio, allergiat       |
| **Aikaisempi****Kuntoutus** |  Oletteko aikaisemmin osallistunut sopeutumisvalmennus- tai kuntoutuskurssille? |
| En [ ]  Olen [ ]  kurssin nimi ja aika |       |
| **Kurssille osallistuva****perheen-jäsen/****läheinen** | Nimi ja henkilötunnus                     | Muuta huomioitavaa (esim. erityisruokavalio, omaisen/ sisarusten avun ja tuen tarve, kuulolaite, apuvälineet)     Perhekursseilla vanhemman puhelin        |
| **Toiveet,****tavoitteet****ja odotukset****tulevalta kurssilta** |       |
| **Lisätietoja** |       |
|  **Suostumus** | Suostutteko siihen, että kuntoutusasian käsittelyssä tarpeellisia tietoja saa antaa kuntoutuksesta huolehtiville tahoille ja viranomaisille sekä pyytää näitä kuntoutusasianne hoitamisessa tarvittavia tietoja?Suostun [ ]  En suostu [ ]  |
| **Allekirjoitus** | Paikka ja aika      Allekirjoitus      |

**LOMAKKEEN PALAUTUS:**

**ASIANOMAISEN KURSSIN KURSSIVASTAAVALLE,**

**YHTEYSTIEDOT KURSSIN TIEDOISSA**