



# Hakemus Aivovammaliiton kurssille 2018

Ole hyvä ja täytä lomakkeen kaikki kohdat huolellisesti.

## Hakijan tiedot

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_  Nainen  Mies  Muu

Lähiosoite \_\_\_\_\_

Postinumero \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Sähköposti \_\_\_\_\_ Puh. \_\_\_\_\_

Siviilisäätö  Naimaton  Avio-/avoliitossa  Leski  Eronnut

Lapsia, lasten syntymävuodet \_\_\_\_\_

Asuminen  Asun yksin  Asun perheeni kanssa  Vanhempien luona  Muu, mikä? \_\_\_\_\_

Äidinkieli  suomi  ruotsi  muu, mikä \_\_\_\_\_

Parikurssille hakevat täyttävät: Parisuhteen kestoikä \_\_\_\_\_

Kurssille hakevan/hakevien perheenjäsenten/läheisten tiedot

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_  Nainen  Mies  Muu

Lähiosoite \_\_\_\_\_

Postinumero \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Sähköposti \_\_\_\_\_ Puh. \_\_\_\_\_

Perhekurssille haettaessa:

Lapset:

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

## Kurssi, jolle haetaan

Kurssin nimi \_\_\_\_\_ Kurssin ajankohta \_\_\_\_\_

Kurssipaikka \_\_\_\_\_

Oletko ollut aiemmin Aivovammaliiton sopeutumisvalmennuskurssilla:  Kyllä  Ei

Kurssin nimi: \_\_\_\_\_ Milloin? (vuosi): \_\_\_\_\_

## Aivovammaa koskevat tiedot

Vammautumivuosi \_\_\_\_\_

Miten vammautuminen on tapahtunut? \_\_\_\_\_

(liikenneonnettomuus, työtapaturma, vapaa-ajan tapaturma, väkivaltatilanne tms.)

Aivovamman merkittävimmät päivittäisissä toiminnoissa ja/tai ihmissuhteissa selviytymistä haittaavat oireet

\_\_\_\_\_

Millaisia apuvälineitä tai apua käytät tai tarvitset?

\_\_\_\_\_

## Terveystilaa koskevat tiedot

Muut sairaudet, jotka vaikuttavat arjessasi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Säännöllinen lääkitys \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergiat, erityisruokavalio

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ammatti- ja työtilannetta koskevat tiedot

Ammatti (myös entinen) \_\_\_\_\_

Työtilanne:  Opiskelen  Olen työtön  Olen vanhuuseläkkeellä  
 Olen työssä  Olen työkyvyttömyyseläkkeellä  Muu, mikä?  
 Olen sairauslomalla, ajalla \_\_\_\_\_

## Odotukset kurssilta

Kerro miksi haet/haette kurssille ja mitä odotat/odotatte saavanne sieltä. Kirjoita myös ne kuntoutukselliset ja sosiaaliset perusteet, joihin haluat viitata.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Suostumus ja allekirjoitus

Suostun siihen, että kuntoutusasiani käsittelyssä tarpeellisia tietoja saadaan antaa kuntoutuksesta huolehtiville viranomaisille sekä pyytää näiltä kuntoutusasiani hoitamisessa tarvittavia tietoja.

Kyllä  Ei

Minulla on jo maksusitoumus

Vakuutusyhtiö: \_\_\_\_\_

Vahinkonumero: \_\_\_\_\_

Asiaani vakuutusyhtiössä hoitava henkilö ja yhteystiedot:

\_\_\_\_\_  
Kurssille suositelleen lääkärin nimi: \_\_\_\_\_

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Hakijan/huoltajan allekirjoitus \_\_\_\_\_

**Liitteeksi tarvitaan alle vuoden vanha lääkärinlausunto, kuntoutussuunnitelma tai hoitotiivistelmä, jossa on suositus ja perustelut kurssille.**

Palauta hakemus LIITTEINEEN:

Aivovammaliitto ry

Malminkaari 5, 00700 HELSINKI

Kuoreen merkintä "Kurssit"