

Hakemus Aivovammaliiton kurssille 2017

Ole hyvä ja täytä lomakkeen kaikki kohdat huolellisesti.

Hakijan tiedot

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Sähköposti _____ Puh. _____

Siviilisäätö Avio-/avoliitossa Naimaton Leski Eronnut

Lapsia, lasten syntymävuodet _____

Parikurssille hakevat täyttävät: Parisuhteen kestoikä _____

Asuminen Asun yksin Asun perheeni kanssa Vanhempien luona Muu, mikä? _____

Kurssille hakevan/hakevien perheenjäsenten tiedot

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Puh./sähköposti _____

Perhekurssille haettaessa:

Lapset:

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Kurssi, jolle haetaan

Kurssin nimi _____ Kurssin ajankohta _____

Kurssipaikka _____

Jos olet ollut aiemmin Aivovammaliiton sopeutumisvalmennuskurssilla: _____ Milloin? (vuosi): _____

Kurssin nimi: _____

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/hoitajan 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"