

Hakemus Aivovammaliiton kurssille 2019

Hakijan tiedot

Nimi _____

Henkilötunnus _____ Nainen Mies Muu

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____ Puh. _____

Sähköposti (osa viesteistä lähetetään sähköpostilla) _____

Siviilisäätty Naimaton Avo/avioliitossa Leski Eronnut

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

Äidinkieli suomi ruotsi muu, mikä? _____

Parisuhteen kestoikä: _____

Kurssille hakevan/hakevien puolison/perheenjäsenen/läheisten tiedot

Nimi _____

Henkilötunnus _____ Nainen Mies Muu

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____ Puh. _____

Sähköposti _____

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, työtaturma, vapaa-ajan taturma, väkivaltatilanne tms.)

Merkittävimmät päivittäistä toimintaa ja/tai ihmissuhteita haittaavat aivovamman oireet

Millaisia apuvälineitä tai apua käytät tai tarvitset? _____

Onko sinulla voimassaolevaa palvelu-/kuntoutussuunnitelmaa? Kyllä Ei

Terveystilaa koskevat tiedot

Muut sairaudet _____

Lääkitys _____

Allergiat, erityisruokavalio _____

Ammatti- ja työtilannetta koskevat tiedot

Ammatti (myös entinen) _____

Opiskelen Olen työtön Olen vanhuuseläkkeellä _____

Olen työssä Olen työkyvyttömyyseläkkeellä Muu, mikä?

Olen sairauslomalla, ajalla _____

Odotukset ja toiveet kurssilta

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

Suostumus ja allekirjoitus

Suostun, että tarpeellisia tietojani voidaan antaa viranomaisille kuntoutusasioissani käsittelyssä sekä pyytää näiltä kuntoutusasioissani hoitamisessa tarvittavia tietoja. Kurssia koskevissa asioissa noudatetaan henkilötietolakia ja vaitiolovelvollisuutta.

Kyllä Ei

Maksaja

Minulla on jo maksusitoumus:

Terveystilahuollosta

Vammaispalvelusta

Vakuutusyhtiöstä. Vahinkonumero _____

Asiaani vakuutusyhtiössä hoitava henkilö ja yhteystiedot:

Kurssille suositelleen lääkärin nimi: _____

Paikka ja aika _____ / ____ 20____

Hakijan/hoitajan allekirjoitus: _____

Minulle saa lähettää tiedotepostia Aivovammaliitosta Kyllä Ei

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

Palauta hakemus LIITTEINEEN:
Aivovammaliitto ry
Malminkaari 5, 00700 Helsinki
Kuoreen merkintä "Kurssit"