

## Ansökningsblankett för psoriatikers sol betonad anpassningsträningkurs

### Önskad kurstid

Primära kursen: \_\_\_\_\_ , med uppföljningsperiod \_\_\_\_\_

Alternativa kurser: \_\_\_\_\_

Jag vill vara med i valet för alla kurser

### Personuppgifter

Efternamn: \_\_\_\_\_ Förnamn: \_\_\_\_\_ Ålder: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_ Postanstalt: \_\_\_\_\_

**Telefon** Hem: \_\_\_\_\_ Arbete: \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_ Vikt: \_\_\_\_\_

Röker Du?  Nej  Ja Om Du röker, berätta hur många cigaretter per dag? \_\_\_\_\_

Använder Du alkohol?  Nej  Ja

Om Du använder alkohol, berätta hur många portioner Du använder (en portion = en flaska öl/cider, ett glas vin eller en grogg stark sprit) \_\_\_\_\_ portioner  i veckan  i månaden

### Sjukdomar konstaterade av en läkare

	Ja
Hudpsoriasis	<input type="checkbox"/>
Ledpsoriasis	<input type="checkbox"/>
Pustulosis Palmoplantaris	<input type="checkbox"/>
Någon annan hudsjukdom	<input type="checkbox"/>
Någon annan sjukdom i stödje- och rörelseorganen	<input type="checkbox"/>
Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (sockersjuka)	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>
Psykiskt problem	<input type="checkbox"/>
Smittsam sjukdom	<input type="checkbox"/>
(t.ex. MRSA, hepatit C)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Någon annan sjukdom _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### Mera information:

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

Om Du har andra sjukdomar, skicka vid behov läkarens utlåtande om hur välinställd Du är med sjukdomen (t.ex. diabetes, epilepsi, psykisk sjukdom, hjärtsjukdom eller Mareva medicinerin).

### Nuvarande medicinering:

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

## Har Du tidigare fått följande behandlingar?

SUP  UVB  PUVA  Neotigason  Trexan/motsvarande  Sandimmun/motsvarande

Har Du varit sjukledig på grund av psoriasis?  Nej  Ja, \_\_\_\_\_ dagar, året \_\_\_\_\_

Har Du varit i sjukhusvård på grund av psoriasis?  Nej  Ja, \_\_\_\_\_ dagar, året \_\_\_\_\_

## Arbets- och verksamhetsförmåga

Hur upplever Du din arbets- och verksamhetsförmåga för närvarande? \_\_\_\_\_

Antagande att din arbets- och verksamhetsförmåga har som bäst fått 10 poäng, vilken poängsumma skulle Du ge din nuvarande arbets- och verksamhetsförmåga?

*mycket dålig* 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *mycket bra* (ringa in rätt alternativ)

Behöver Du assistent?  Ja  Nej

## Hudtyp (ringa in rätt alternativ)

I huden brinner alltid i solen, jag blir inte brun

II huden brinner lätt, lätt solbränna

III huden brinner ibland, tydlig solbränna

IV huden brinner nästan aldrig i solen, jag blir lätt brun

## Nuvarande livssituation

Berätta kort om din nuvarande livssituation, inverkar psoriasis på ditt liv, hur?

## Motivera varför Du borde väljas som deltagande i sol betonade anpassningsträningsskuren?

Jag har tidigare deltagit i klimatrehabilitering för psoriatiker året/åren: \_\_\_\_\_

Jag har tidigare deltagit i rehabiliterings- eller anpassningsträningsskurs, var och när?

## Mera information

Vårdande läkare: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Jag godkänner att ni kan kontakta min vårdande läkare.

Jag ger tillstånd att arbetsgruppen som gör valen kan be kopior på mina sjukjournaler angående sjukhusvistelse.

Ja är medveten att all relevant information angående min hälsa eller annan relevant information som kan inverka på valet ska ges i denna blankett. I fall jag utelämnar sådan information som kommer fram under kursen, kan sol betonade anpassningskursen avbrytas på min egen bekostnad.

När jag ansöker plats på sol betonade anpassningsträningsskuren är jag även beredd att binda mig vid uppföljningsperioden som ordnas i Finland.

Datum (plats, tid)

Sökandes underskrift

Skicka ansökan till **PSORIASISFÖRBUNDET, Fredriksgatan 27 A 3, 00120 Helsingfors**  
Bilaga: Läkarutlåtande B, returneras inte efter kursen