



## Ansökningsblankett för psoriatikers solbetonade anpassningsträningkurs

### Önskat kurstillfälle:

Primär kurs: \_\_\_\_\_

med uppföljningsperiod: \_\_\_\_\_

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

Jag vill vara med i valet för alla kurser

### Personuppgifter:

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

Personbeteckning: \_\_\_\_\_

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

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_ Vikt: \_\_\_\_\_

**Arbetslivssituation:** studerande, arbetslös, pensionär, arbetare

Yrke: \_\_\_\_\_

**Röker du?** Nej, Jo. Om du röker i så fall hur många cigaretter per dag? \_\_\_\_\_

**Använder du alkohol?** Nej, Jo. Om du använder alkohol, hur många portioner (en portion= flaska cider/öl, ett glas vin, en grogg starkt sprit) i veckan \_\_\_\_\_ månaden \_\_\_\_\_

**Sjukdomar som diagnostiserats hos läkare**

\_\_\_\_\_

### VID BEHOV KAN DU SÄTTA TILLÄGGSinFORMATIONEN SOM EN SKILJD BILAGA

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 medicinering)

**Nuvarande medicinering:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Har du förr fått följande ljusbehandlingar?                      UVB    PUVA    SUP**

Har du vari tvungen att ta sjukledigt p.g.a. psoriasis?

Nej    Ja    \_\_\_\_\_ dagar, år \_\_\_\_\_

Har du varit på sjukhusvård p.g.a. psoriasis? Nej    Ja    \_\_\_\_\_ dagar, år \_\_\_\_\_

### Arbets- och handlingsförmåga

Hur upplever du din arbets- och handlingsförmåga just nu?

---

Vi antar att din arbets- och handlingsförmåga har som bäst varit 10 poäng, hur många poäng skulle du ge åt din arbets- och handlingsförmåga just nu:

Mycket dålig      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      Mycket bra

Behöver du en assistent för att klara dig i vardagen? Ja, Nej

**Hudtyp:** (ringa in rätt alternativ) **1** huden brinner alltid i solen, får ej solbränna **2** huden brinner lätt, liten solbränna **3** huden brinner då och då, tydlig solbränna **4** huden brinner knappt i solen, får lätt solbränna

**Nuvarande livssituation** Berätta kort om din nuvarande livssituation, påverkar psoriasis det på något sätt, hur? \_\_\_\_\_

---

**Är din sociala och ekonomiska situation sådan, att den försvårar ansökningen till en anpassningsträningkurs, hur?** \_\_\_\_\_

---

**Motivera varför du borde väljas som deltagare av en solbetonad anpassningsträningkurs? Vad hoppas du att en solbetonad anpassningsträningkurs kan ge dig?**

---



---

Har du deltagit i psoriatikernas klimatrehabilitering? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_ År \_\_\_\_\_

eller rehabiliterings- anpassningsträningkurser? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Var och när? \_\_\_\_\_

**Varifrån fick du veta om solbetonade anpassningsträningkurser?**

---

Jag accepterar att man får, vid behov, ta kontakt med min vårdande läkare. Arbetsgruppen som gör valen får be om kopia av mina sjukjournaler angående sjukhusvistelser. Jag är medveten om att allt relevant information angående min hälsa eller annan relevant information som kan inverka valet ska ges i denna blankett. I fall jag utelämnar sådan information som kommer fram under kursen, kan solbetonade anpassningsträningkursen avbrytas för min del på min egen bekostnad

När jag söker plats på solbetonad anpassningsträningkurs är jag beredd att binda mig till uppföljningsperioderna som ordnas i Finland.

Sökandes underskrift

Plats och tid

Skicka ansökan med bilagor till: **Psoriasisliitto ry. Fredriksgatan 27 A 3, 00120 Helsingfors**

Bilagor: Läkarutlåtande B, returneras inte efter kursen. Psoriasisförbundet får skicka e-post om deras verksamhet: \_\_\_\_\_