

Hakulomake psoriasista sairastavien aurinkopainotteiselle sopeutumisvalmennuskurssille

Toivottu kurssiajankohta

Ensisijainen kurssi: _____, jonka jälkijakso _____

Vaihtoehtoiset kurssit: _____

Haluan olla mukana kaikkien kurssien valinnoissa. Hakemus on voimassa 12 kk:ta.

Henkilötiedot

Sukunimi: _____ Etunimi: _____ Ikä: _____

Syntymäaika: _____ Sähköposti: _____

Lähiosoite: _____ Postinumero: _____

Postitoimipaikka: _____ Puhelin: _____

Työelämätilanne: opiskelija työtön eläkkeellä työssä; ammatti: _____

Tupakoitko? En Kyllä; kuinka monta savuketta päivässä? _____

Käytätkö alkoholia? En Kyllä; kuinka monta annosta käytät (yksi annos = pullo siideriä / olutta, lasillinen viiniä tai annos väkeviä): viikossa _____ kuukaudessa _____

Lääkärin toteamat sairaudet

	Kyllä
Ihopsoriasis	<input type="checkbox"/>
Nivelpsoriasis	<input type="checkbox"/>
Pustulosis Palmoplaris	<input type="checkbox"/>
Jokin muu ihosairaus	<input type="checkbox"/>
Jokin muu tuki- ja liikuntaelinsairaus	<input type="checkbox"/>
Sydänsairaus	<input type="checkbox"/>
Korkea verenpaine	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (sokeritauti)	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>
Allergia	<input type="checkbox"/>
Mielenterveysongelma	<input type="checkbox"/>
Tarttuva tauti (esim. MRSA, C-hepatiitti)	<input type="checkbox"/>
Jokin muu sairaus	<input type="checkbox"/>

Lisätietoja:

TARVITTAESSA VOIT LAITTAA LISÄTIEDOT ERILLISELLE LIITTEELLE!

Jos sinulla on muita sairauksia, lähetä tarvittaessa lääkärin kannanotto seuraavien sairauksien hoitotasapainosta: diabetes, epilepsia, psyykinen sairaus, sydäntauti tai verenohennushoito.

Työ- ja toimintakyky

Millaiseksi koet työ- ja toimintakykysi tällä hetkellä? _____

Olettaen, että työ- ja toimintakykysi on parhaimmillaan saanut 10 pistettä, minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työ- ja toimintakyvyllesi:

erittäin huono 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *erittäin hyvä* (ympyröi)

Tarvitsetko avustajaa arjessa selviytymisessä? En Kyllä



Oletko aikaisemmin saanut seuraavia valohoitoja?

UVB PUVA SUP

Ihotyyppi: (ympyröi oikea vaihtoehto) **I** iho palaa aina auringossa, ei rusketu, **II** iho palaa helposti, vähäinen rusketus, **III** iho palaa joskus, selvä rusketus, **IV** iho ei juuri pala auringossa, ruskettuu helposti

Nykyinen elämäntilanne

Kerro lyhyesti tämänhetkisestä elämäntilanteestasi, vaikuttaako psoriasis elämääsi, miten?

Onko sosiaalinen tai taloudellinen tilanteesi sellainen, joka vaikeuttaa sinua hakeutumasta sopeutumisvalmennukseen, miten?

Miksi aurinkopainotteinen sopeutumisvalmennus on sinulle tarpeen? Mitä hyötyä odotat kurssilta?

Oletko aiemmin osallistunut psoriaatikoiden ilmastokuntoutukseen? En Kyllä;
vuonna/vuosina: _____

tai kuntoutus- sopeutumisvalmennuskurssille? En Kyllä; missä ja milloin? _____

Mistä sait tietoa aurinkopainotteisesta sopeutumisvalmennuskurssista?

Lisätietoja, hoitava lääkäri: _____

Puhelin: _____, Osoite: _____

- Hyväksyn, että hoitavaan lääkäriin saa ottaa tarvittaessa yhteyttä.
 Olen tietoinen, että kaikki terveydentilaani, tai muu mahdollisesti merkittävä tieto valinnan kannalta, tulee ilmoittaa tässä hakemuskavakkeessa. Mikäli jätän jotain tällaista kertomatta, joka kurssin aikana tulee ilmi, voidaan aurinkopainotteinen sopeutumisvalmennuskurssi kohdaltani keskeyttää omakustanteisesti.
 Aurinkopainotteiselle sopeutumisvalmennuskurssille hakiessani sitoudun myös Suomessa tapahtuvaan alku- ja jälkijaksoon.

Päiväys (paikka ja aika) Hakijan allekirjoitus

Lähetä hakemus liitteineen osoitteeseen: **PSORIASISLIITTO ry, Fredrikinkatu 27 A 3, 00120 Helsinki.**
LIITE: Lääkärin B-lausunto/viimeisin hoitoyhteenveto, jota ei palauteta.

Psoriasisliitto saa lähettää minulle toiminnastaan sähköpostia