



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

JO TILLÄGGSINFORMATION

Hudpsoriasis _____

Ledpsoriasis _____

Annan hudsjukdom _____

Annan sjukdom i stöd/rörelseorganen _____

Hjärtsjukdom _____

Högt blodtryck _____

Diabetes mellitus (sockersjuka) _____

Epilepsi _____

Astma _____

Allergier _____

Psykisk störning _____

Smittsam sjukdom (t.ex. MRSA, hepatit C) _____

Någon annan sjukdom _____

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 varit 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- anpassningsträningsskurser? Ja _____ Nej _____

Var och när? _____

Varifrån fick du veta om solbetonade anpassningsträningsskurser?

Tilläggsinformation,

Vårdande läkare: _____

telefon: _____

adress: _____

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 anpassningsträningsskursen avbrytas för min del på min egen bekostnad

När jag söker plats på solbetonad anpassningsträningsskurs 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: _____

