**Psoriasisliiton hakulomake aurinkopainotteiselle sopeutumisvalmennuskurssille**

**Toivottu kurssiajankohta:**

Ensisijainen kurssi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jonka jälkijakso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vaihtoehtoiset kurssit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Mikäli en tule valituksi, haluan että hakemukseni siirretään seuraavan kauden kurssihakuun. Hakemus on voimassa 12 kuukautta B- lausunnon kirjoittamisesta.

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pituus** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm. **Paino** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

**Lääkärin toteamat sairaudet Kyllä Lisätietoja:**

Ihopsoriasis  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nivelpsoriasis 

Pustulosis Palmoplantaris  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jokin muu ihosairaus 

Jokin muu tuki- ja liikuntaelinsairaus  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sydänsairaus 

Korkea verenpaine  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diabetes mellitus (sokeritauti) 

Epilepsia  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Astma 

Allergia  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mielenterveysongelma 

Tarttuva tauti  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(esim. MRSA, C-hepatiitti)

Jokin muu sairaus  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TARVITTAESSA VOIT LAITTAA LISÄTIEDOT ERILLISELLE LIITTEELLE!

Jos sinulla on muita sairauksia, lähetä tarvittaessa lääkärin kannanotto seuraavien sairauksien hoitotasapainosta: diabetes, epilepsia, psyykkinen 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 hakemuskaavakkeessa. 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**