

Henkilötiedot	Nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Asuinkunta
	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin GSM
Kurssitiedot	Järjestön nimi <b>Finnilco ry</b>		
	Kurssin nimi ja paikka		Kurssin aika
	Mikäli et ole tullut valituksi ylläolevalle kurssille, voit tällä lomakkeella hakea pääsyä kahdelle muulle kurssille täyttämällä tässä lokerossa olevat tiedot.		
	Vaihtoehto 1 nimi ja paikka		Kurssin aika
	Vaihtoehto 2 nimi ja paikka		Kurssin aika
Aikaisempi kuntoutus	<input type="checkbox"/> En ole osallistunut aiemmin avanne- ja vastaavasti leikattujen kursseille <input type="checkbox"/> Olen osallistunut vuosina: Kurssin järjestäjä <input type="checkbox"/> KELA <input type="checkbox"/> RAY		
Avanne- / vastaavaa leikkausta koskevat tiedot	Avanne- tai vastaava leikkaus, jonka perusteella kurssille haetaan		Leikkausaika
	Muu sairaus		Sairastumisaika
	Hoitava lääkäri ja / tai hoitopaikka		
	Mikä avanne / sairaus ?		
	<input type="checkbox"/> Ohutsuoliavanne <input type="checkbox"/> Kockin rakko <input type="checkbox"/> Anaali-inkontinenssi <input type="checkbox"/> Paksusuoliavanne <input type="checkbox"/> IPAA (J-pussi) <input type="checkbox"/> LSS (=lyhytsuolisyyntä) <input type="checkbox"/> Virtsatieavanne <input type="checkbox"/> Muu, mikä ?		
	Miten avanne / sairaus haittaa esim. liikkumista ja selviytymistä jokapäiväisessä elämässä, ihmissuhteissa ? Käytössä olevat apuvälineet.		
	Muut sairaudet		
Erytisyruokavalio, allergiat, muut mahdolliset hoitotoimenpiteet			

<b>Tavoite kurssille</b>	Miksi haluan kurssille ja mitä odotan saavani siltä?	
<b>Omainen</b>	Lähin omainen, osoite, puhelinnumero	
<b>Avanneleikattu ja läheinen kurssi</b>	Kurssille hakeva läheinen <input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Vanhempi <input type="checkbox"/> Lapsi <input type="checkbox"/> Muu, mikä ?	
	Nimi, osoite, puhelinnumero	Henkilötunnus
	Onko Sinulla vaikeuksia avanteesi hoidossa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
<b>Lisätiedot</b>		
<b>Suostumus</b>	Suostun siihen, että kuntoutusasiani käsittelyssä tarpeellisia tietoja saa antaa kuntoutukselta huolehtiville tahoille ja viranomaisille sekä siihen, että tiedot kurssiin osallistumisesta tallennetaan Finnicon rekisteriin.	
	Paikka	Aika      Hakijan / huoltajan allekirjoitus
<b>Lääkärin, avannehoitajan tai terveydenhoitajan suositus (ellei erillistä lääkärin lausuntoa)</b>	Nykyinen terveyden tila ja kurssille asetetut tavoitteet	
	Päivämäärä	Suosittelijan allekirjoitus
	<b>Matkakulukorvausten hakemiseen KELASTa tarvitaan lääkärin suositus / lähete kurssille</b>	
<b>Finnicon merkintöjä</b>	<input type="checkbox"/> Hyväksytty kurssille <input type="checkbox"/> Ei ole hyväksytty kurssille <input type="checkbox"/> Hyväksytty varalle      Päivämäärä <div style="text-align: right;">Kurssinvetäjän allekirjoitus</div>	