

Henkilötiedot	Nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Asuinkunta
	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin GSM
Kurssitiedot	Järjestön nimi Finnilco ry		
	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 (=lyhytsuolisyyndrooma) <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			
Erityisruokavalio, allergiat, muut mahdolliset hoitotoimenpiteet			

Tavoite kurssille	Miksi haluan kurssille ja mitä odotan saavani siltä?	
Omainen	Lähin omainen, osoite, puhelinnumero	
Avanneleikattu ja läheinen kurssi	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	
Lisätiedot		
Suostumus	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
Lääkärin, avannehoitajan tai terveydenhoitajan suositus (ellei erillistä lääkärin lausuntoa)	Nykyinen terveyden tila ja kurssille asetetut tavoitteet	
	Päivämäärä	Suosittelijan allekirjoitus
	Matkakulukorvausten hakemiseen KELASTA tarvitaan lääkärin suositus / lähete kurssille	
Finnicon merkintöjä	<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>	