

Personuppgifter	Namn		Personbeteckning
	Adress		Hem
	Postnummer	Postanstalt	Telefon GSM
Kursinfo	Organisationens namn Finnilco rf		
	Kursens namn och plats		Kurstid
	Om du inte har blivit vald till den ovannämnda kursen, kan du med denna blankett ansöka till två andra kurser genom att fylla nedanstående information.		
	Alternativet 1 namn och plats		Kurstid
	Alternativet 2 namn och plats		Kurstid
Tidigare rehabilitering	<input type="checkbox"/> Jag har inte tidigare deltagit i stomi- eller kurser för opererade på motsvarande sätt		
	<input type="checkbox"/> Jag har deltagit åren: Kursarrangör <input type="checkbox"/> FPA <input type="checkbox"/> PAF		
Uppgifter om stomi eller motsvarande operation	Stomi eller motsvarande operation p.g.a. vilken ansökan till kurs		Operations tid
	Annat sjukdom		Insjukningstid
	Vårdande läkare och/eller vårdplats		
	Vilken stomi/sjukdom ? <input type="checkbox"/> Ileostomi <input type="checkbox"/> Kocks blåsa <input type="checkbox"/> Anaal-inkontinens <input type="checkbox"/> Colostomi <input type="checkbox"/> IPAA (J-påse) <input type="checkbox"/> KTS (=kortarmssyndrom) <input type="checkbox"/> Urostomi <input type="checkbox"/> Annat, vad ?		
	På vilket sätt besväras stomi eller motsvarande t.ex. rörligheten och möjligheten att klara av det dagliga livet, människo- relation ? Hjälpmedel i användning ?		
	Andra sjukdomar		
	Special diet, allergier, andra eventuella vårdåtgärder		

