



HAKEMUS KIPUPOTILAIDEN KUNTOUTUSRYHMÄÄN

HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT:

Hakijan etu- ja sukunimet: _____

Osoite: _____

Postinumero ja postitoimipaikka: _____

Puhelin: _____ Henkilöturvattunnus: _____

Siviilisääty: avio-/avoliitossa _____ naimaton _____ eronnut _____ leski _____ yksinhuoltaja: _____

Oletteko tällä hetkellä työssä _____ työtön _____ opiskelija _____ sairauslomalla _____

kuntoutustuella/-rahalla _____ työkyvyttömyyseläkkeellä _____ vanhuuseläkkeellä _____

Muu, mikä? _____

Kivunhallintaryhmään hakevan lähiomaisen nimi: _____

Henkilöturvattunnus: _____

SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT:

Sairaus, jonka perusteella haette kurssille: _____

Sairastumisaika: _____

Hoitava lääkäri ja/tai hoitopaikka: _____

Muut sairaudet, sairastumisvuosi: _____

Käytössä oleva lääkitys, jatkuva sekä tilapäinen (lääkkeen nimi ja annostus): _____



1. Oletteko huomannut, että kiinnostuksenne tavanomaisiin harrastuksiinne tai työhönne olisi vähentynyt?

Ei _____ vähän _____ selvästi _____ huomattavasti _____

2. Onko kykynne tehdä päätöksiä ja/tai keskittymiskykynne työhön tai kotiaskareisiin (tai suoriutuminen niistä) heikentynyt?

Ei _____ vähän _____ selvästi _____ huomattavasti _____

3. Oletteko käyttänyt viime aikoina tavallista runsaammin alkoholia tai erilaisia lääkkeitä (lähinnä psyykeen vaikuttavia ja/tai särkylääkkeitä)?

Ei _____ vähän _____ selvästi _____ huomattavasti _____

4. Onko Teillä viime aikoina ollut syyllisyyssajatuksia, itsesyytöksiä ja/tai ajatuksia siitä, ettei jaksaisi elää?

Ei _____ vähän _____ selvästi _____ huomattavasti _____

5. Oletteko ollut sairastumisen jälkeen erityisen itkuherkkä, helposti ärtyvä tai väsyvä ja/tai reagoitteko erilaisiin elämäntapahtumiin aiempaa herkemmin?

Ei _____ vähän _____ selvästi _____ huomattavasti _____

6. Onko sairastumisenne muuttanut sosiaalista kanssakäymistä (ystävät, harrastukset yms.)?

Ei _____ vähän _____ selvästi _____ huomattavasti _____

Vapaamuotoinen kuvaus siitä, miten sairaus rajaa selviytymistä jokapäiväisissä askareissa, sekä miten olette huomannut sairautenne vaikuttaneen perheeseen?

LÄÄKÄRIN SUOSITUS: (tarvitaan, ellei Teitä ole hoidettu kipua aiheuttavan sairauden vuoksi keskussairaalassa viimeisen vuoden sisällä)

Diagnoosi: _____

Perustelu suositukselle: _____

Päiväys: _____

Allekirjoitus ja nimen selvennys: _____



SISÄLTÖÖN LIITTYVÄT TOIVEET (hakija täyttää):

Järjestelyissä huomioitavaa (esim. erityisruokavaliot, avuntarve, erityisistuimet):

AIKAISEMPI KUNTOUTUS:

Olen osallistunut sopeutumisvalmennuskurssille (kurssin nimi ja ajankohta): _____

Olen saanut muuta kuntoutusta viimeisen kolmen vuoden aikana: _____

Mitä, milloin? _____

Annatteko järjestäjille luvan saada tarvittaessa lisätietoja hoitopaikastanne?

Kyllä _____ Ei _____

Päiväys: _____

Hakijan allekirjoitus: _____