

## Hakemus kipupotilaiden kuntoutusryhmään

### HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT:

Hakijan etu- ja sukunimet: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Postinumero ja postitoimipaikka: \_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_ Henkilöturvatus: \_\_\_\_\_

Siviilisääty: avio-/avoliitossa \_\_\_; naimaton \_\_\_; eronnut \_\_\_; leski \_\_\_ yksinhuoltaja: \_\_\_

Oletteko tällä hetkellä työssä \_\_\_; työtön \_\_\_; opiskelija \_\_\_; sairauslomalla \_\_\_;

kuntoutustuella/-rahalla \_\_\_; työkyvyttömyyseläkkeellä \_\_\_; vanhuuseläkkeellä \_\_\_;

Muu, mikä? \_\_\_\_\_

Kivunhallintaryhmään hakevan lähiomaisen nimi: \_\_\_\_\_

Henkilöturvatus: \_\_\_\_\_

### 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 syyllisyysajatuksia, 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 perheeseenne?

---

---

---

**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:** \_\_\_\_\_