

# HAKEMUS SOPEUTUMISVALMENNUSKURSSILLE

<b>HAKIJA (= sairastava)</b>	
Etunimi	Sukunimi
Henkilötunnus	
<b>YHTEYSTIEDOT</b>	
Asuinpaikkakunta	Lähiosoite
Postinumero ja postitoimipaikka	Sähköpostiosoite
Puhelinnumero	
<b>KURSSITIEDOT</b>	
Kurssi, jolle haen: <input type="checkbox"/> Tourette-sopeutumisvalmennuskurssi <input type="checkbox"/> OCD-sopeutumisvalmennuskurssi Hakemukseni on voimassa _____ (mihin asti?)	
Kurssin mahdollinen ajankohta (sopivuus/ajankohtaisuus), toive:	
Perustele omin sanoin, miksi haet kurssille:	
Oletko aiemmin osallistunut Suomen Tourette- ja OCD-yhdistyksen kursseille tai vertaistoimintaan? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En	
Missä, milloin:	

# HAKEMUS SOPEUTUMISVALMENNUSKURSSILLE

Oletko osallistunut laitostuntoutusjaksolle?

Kyllä

En

Missä, milloin:

## SIVILISÄÄTY

Naimaton

Avio-/avoliitossa

Leski

Eronnut

## ASUMINEN

Asun yksin

Asun perheeni kanssa

Vanhempien luona

Muu, mikä (esim. tuettu asumisyksikkö)

## KOULUTUSTA, AMMATTIA JA TYÖTILANNETTA KOSKEVAT TIEDOT

Työtilanne

Olen työelämässä

Olen työtön

Opiskelen

Olen työkyvyttömyyseläkkeellä

Olen sairauslomalla, ajalla:

Muu, mikä:

Peruskoulutus:

Peruskoulu

Ylioppilastutkinto

Muu, mikä:

Mikä on ammatillinen koulutuksesi (oppilaitos, linja)

Valmistumisvuosi

# HAKEMUS SOPEUTUMISVALMENNUSKURSSILLE

<b>TIEDOT KUMPPANISTA/LÄHEISESTÄ, JOKA HAKEE SAMALLE KURSSILLE (lisää tarvittaessa kaikkien kurssille osallistuvien nimet</b>	
Etunimi	Sukunimi
Henkilötunnus	
Asuinpaikkakunta	Lähiosoite
Postinumero ja postitoimipaikka	Sähköpostiosoite
Puhelinnumero	
Lisätietoja (esim. allergiat, erityisruokavaliot, diagnosoidut sairaudet)	
<b>TERVEYSTIEDOT</b>	
Sairaus, jonka perusteella haen kurssille	
Diagnosointivuosi	
Hoitavan lääkärin nimi ja lääkärin toimipaikka (esim. terveyskeskus, sairaala, yksityinen lääkäriasema)	
Kerro, miten sairaus vaikuttaa selviytymiseesi jokapäiväisessä elämässä	

# HAKEMUS SOPEUTUMISVALMENNUSKURSSILLE

Säännöllinen lääkitys, annostus

Muut sairaudet

Käytössä olevat apuvälineet

Erityisruokavaliot ja allergiat

## LÄHIN OMAINEN

Etunimi

Sukunimi

Henkilötunnus

Lähiosoite

Postinumero ja postitoimipaikka

Sähköpostiosoite

Puhelinnumero

Lähin omainen on hakijan

Avio-/avopuoliso

Tytär/poika

Äiti/isä

Muu, kuka:

## ALLEKIRJOITUS

Suomen Tourette- ja OCD-yhdistys  
Fredrikinkatu 27 A 1, 00210 HELSINKI  
[info@tourette.fi](mailto:info@tourette.fi) [www.oed.fi](http://www.oed.fi) p. 050 3222 224  
Y-tunnus 1965224-4

# HAKEMUS SOPEUTUMISVALMENNUSKURSSILLE

Paikka ja aika	Hakijan/ huoltajan allekirjoitus
----------------	----------------------------------

Palauta täytetty hakemus postitse osoitteeseen:

Suomen Tourette- ja OCD-yhdistys ry/Tuula Savikuja

Fredrikinkatu 27 A 1 (toinen kerros)

00120 Helsinki

Tai

Hakemus kokonaisuudessaan skannattuna sähköpostitse: [tuula.savikuja@tourette.fi](mailto:tuula.savikuja@tourette.fi)



Suomen Tourette- ja OCD-yhdistys  
Fredrikinkatu 27 A 1, 00210 HELSINKI  
[info@tourette.fi](mailto:info@tourette.fi) [www.oed.fi](http://www.oed.fi) p. 050 3222 224  
Y-tunnus 1965224-4