

**HAKEMUS maksusitoumuskurssille
PERHEKURSSI TAI
NUORTEN KURSSI 12–15 v**

| | | |
|--|---|--|
| HAKIJA | Hakijan, diabeetikkolapsen sukunimi ja etunimet (alleiviivaa puhuttelunimi) | |
| | Henkilötunnus | Vanhemman sähköpostiosoite, tai nuoren, jos on: Saako lähettää markkinointipostia: kyllä _____ ei _____ |
| | Lähiosoite | Vanhempien puh.numero Oma puh.numero |
| | Postinumero | Postitoimipaikka Vakinainen asuinalue |
| KURSSI- TIEDOT | Järjestön nimi: Suomen Diabetesliitto ry. | |
| | Kurssin nimi: | |
| | Haettava kurssi-aika: (perhekurssilla mielellään vaihtoehtoja) | |
| | Kurssipaikka: _____ | |
| AIKAISEMPI KUNTOUTUS | Oletko tai onko perheenne osallistunut aikaisemmin sopeutumisvalmennus- tai kuntoutuskurssille? En _____ Olen, milloin, mille kurssille ja kurssin järjestäjä? | |
| SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT | Hakijan sairaus, jonka perusteella kurssia haetaan: Diabetes | Sairastumisaika |
| | Muu sairaus | Sairastumisaika |
| | Muu sairaus | Sairastumisaika |
| Kurssille osallistuvien perheenjäsenten sairaudet/ongelmat, jotka olisi hyvä ottaa huomioon: | | |
| Muuta huomioon otettavaa (mm. sairaudet, muut ongelmat perheessä): | | |
| Hakijan/diabeetikkolapsen hoitopaikan eli sairaalan nimi ja hoitava lääkäri: | | |

| |
|---|
| Hakijan säännöllinen lääkitys: |
| Erityisruokavalio, allergiat, muut mahdolliset hoitotoimenpiteet, tiedot myös kaikista kurssille osallistuvista perheenjäsenistä: |

Nuori: Miksi haluat kurssilla ja mitä odotat siltä?
Perhe: Miksi perheenne haluaa kurssille ja mitä odotatte siltä?

| PERHEKURSSI: Kurssille hakevat muut perheenjäsenet | |
|---|------------------------|
| Nimi ja henkilötunnus: | Nimi ja henkilötunnus: |
| Nimi ja henkilötunnus: | Nimi ja henkilötunnus: |
| Nimi ja henkilötunnus: | Nimi ja henkilötunnus: |
| Nimi ja henkilötunnus: | Nimi ja henkilötunnus: |

Suostutteko siihen, että kurssin kannalta merkittäviä/tarvittavia tietoja voidaan katsoa Kanta-palvelusta tai pyytää lapsen tai nuoren hoitopaikasta eli sairaalasta.

Kyllä _____ Ei _____

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus: _____

Palauta hakemus 25.2. asti osoitteella: Suomen Diabetesliitto ry, Kirjoniementie 15, 33680 Tampere. Palauta hakemus tämän jälkeen osoitteella: Suomen Diabetesliitto ry, Näsilinnankatu 26, 33200 Tampere