epilepsialiitto

Hakemus kurssille tai verkkoryhmään 2027

Etunimi	Sukunimi
Osoite	Puhelin
Sähköposti	Ikä

Kurssitiedot

Kurssi, jolle haet

_____

Mistä sait tiedon kurssista? Valitse vaihtoehto, jonka kautta kuulit kurssista **ensimmäistä kertaa**.

- ☐ Kuulin kurssista lääkäriltä, sairaanhoitajalta tai muulta ammattilaiselta
- ☐ Näin ilmoituksen Epilepsialiiton verkkosivuilla, lehdessä, uutiskirjeessä tai somessa
- ☐ Kuulin kurssista Epilepsialiiton työntekijältä, epilepsiayhdistyksestä tai muusta järjestöstä
- ☐ Kumppani, sukulainen, ystävä tai vertainen kertoi kurssista
- ☐ Muu, mikä? _____

Mitä toivot kurssilta?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Elämäntilanne

Asun

- ☐ yksin
- ☐ kumppanin/ystävän/perheen kanssa
- ☐ tuetussa asumisessa
- ☐ palvelutalossa

Terveys ja toimintakyky

Minä vuonna sairastuit epilepsiaan?

_____

Kuvaile miten epilepsia vaikuttaa elämääsi tällä hetkellä

_____

_____

_____

_____

_____

Jos sinulla on muita sairauksia, jotka vaikuttavat kurssille osallistumiseen, kerro niistä tässä.

_____

_____

_____

_____

_____

Selviydytkö itsenäisesti arkipäivän toiminnoista ilman apua?

Kyllä ☐ En ☐

Jos vastasit en, millaista apua tarvitset?

_____

_____

Onko sinulla rajoituksia liikkumisessa?

Kyllä ☐ Ei ☐

Jos vastasit kyllä, millaisia rajoituksia sinulla on?

_____

_____

Käytätkö apuvälineitä?

Kyllä ☐ En ☐

Jos vastasit kyllä, mitä apuvälineitä käytät?

_____

_____

Erityisruokavaliot ja allergiat

_____

_____

_____

epilepsialiitto

Hakemus kurssille tai verkkoryhmään 2027

Jos haet kurssille läheisen kanssa, merkitse tähän hänen/heidän henkilötietonsa:

Nimi	Osoite ja sähköposti (jos eri kuin hakijan)	Ikä

Kurssille hakevan läheisen/läheisten avustuksen tarve, pitkäaikaissairaudet ja erityisruokavaliot

_____

_____

_____

_____

Läheisen suostumus tietojen tallentamiseen *(Pyydä läheisesi allekirjoitus)*

Läheisen tiedot tallennetaan Epilepsialiiton asiakasrekisteriin. Jokaisella on oikeus tarkistaa omat tietonsa ja vaatia niitä oikaistavaksi, poistettavaksi tai täydennettäväksi.

Hyväksyn tietojen tallentamisen rekisteriin _____
Päivämäärä ja allekirjoitus

Hakijan suostumus tietojen tallentamiseen

Hakijan tiedot tallennetaan Epilepsialiiton asiakasrekisteriin. Hakijalla on oikeus tarkistaa tiedot ja vaatia oikaistavaksi, poistettavaksi tai täydennettäväksi rekisterissä oleva tieto.

Hyväksyn tietojen tallentamisen rekisteriin _____
Päivämäärä ja allekirjoitus

Kiitos hakemuksestasi! Hakemus postitetaan osoitteeseen:
Epilepsialiitto ry/ Kurssit, Malmin kauppatie 26, 00700 Helsinki