****

 **Ansökan till rehabiliteringskurs för cancerpatienter**

**(ensam-, par- och familjekurser)**

|  |
| --- |
| **Kursens namn, plats och tid** |
|  |

|  |
| --- |
| **Information om den sökande** |
| Efternamn | Förnamn | Personsignum |
| Telefonnummer | E-post adress |
| Adress | Postnummer och ort |
|  Studerande I arbetslivet Arbetslös Moderskaps/Föräldraledig Pensionär |

|  |
| --- |
| **Information om den närstående** |
| För- och efternamn | Telefonnummer |

|  |
| --- |
| **Uppgifter om sjukdomen** |
| Vilken cancer har du, och vad har du fått för behandlingar? |
| När diagnostiserades din cancer? Har den förnyat? |
| Har du andra sjukdomar eller medicinering som borde beaktas på kursen? |
| Hur upplever du din hälsa för tillfället? | 1 2 3 4 5 |
| Hur upplever du din rörelseförmåga för tillfället?? | 1 2 3 4 5 |
| Hur upplever du ditt humör för tillfället? | 1 2 3 4 5(1 = dåligt, 5 = utmärkt) |

|  |
| --- |
| Hur påverkar sjukdomen din vardag? (t.ex. jobb, studier, vardagssysslor, fritid, sociala kontakter) |
|  |
| **Förväntningar på kursen** |
| Varför vill du delta? Vad förväntar du dig av kursen? |

|  |
| --- |
| **Tidigare kurser** |
| Har du tidigare deltagit på rehabiliteringskurs? nej ja |
| Om ja, på vilken kurs och vilket år? |

|  |
| --- |
| **Hjälpmedel och matallergier** |
| Använder du dig av hjälpmedel som du behöver Nej Jo, vad/vilka?på kursen?  |
| Har du eller din närstående som deltar på kursen mat (eller andra)allergier? Om ja, vilka? |

|  |
| --- |
| **Kontaktuppgifter på närstående som deltar under par- eller familjekursen** |
| Vad förväntar du dig (närstående) av kursen? |
| För- och efternamn | Födelseår | Telefonnummer |
| Adress | Postnummer och ort |

Jag ger tillstånd till att mina uppgifter får behandlas av personer som ansvarar för kursen, samt andra som arbetar under kursen
Alla dina uppgifter behandlas konfidentiellt.

 Skicka ansökan till Österbottens Cancerförening som ordnar kursen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum |  | Underskrift |