

Syöpään sairastuneiden lasten “Tärkeiden läheisten” – sopeutumisvalmennuskurssille  
5. – 6.10.2018 Meri-Karinassa LSSY/VSSHP

**Hakijoiden tiedot:**

|                             |          |             |   |
|-----------------------------|----------|-------------|---|
| Sukunimet                   | Etunimet | Syntymäaika | Suhde sairastuneeseen<br>(isoäiti, isoisä, kummi, tati, eno,<br>setä, muu, mikä?) |
| Puhelinnumero               |          |             |   |
| Sähköpostiosoite            |          |             |   |
| Lähiosoite                  |          |             |   |
| Postinumero ja -toimipaikka |          |             |   |

**Lapsen syöpäsairaus (dg) ja milloin on todettu (kk/vuosi):**

|              |
|--------------|
| <br><br><br> |
|--------------|

**Sairastuneen nykytilanne (hoitojen vaihe):**

|  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> aktiivihoidot | <input type="checkbox"/> seurannassa | <input type="checkbox"/> jokin muu, mikä? |
|--|--------------------------------------|---|

**Missä määrin läheisesi sairastuminen vaikuttaa omaan jaksamiseesi?**

|                                     |                            |                            |                            |                            |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1=ei lainkaan.....5=erittäin paljon | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

**Mitä toivot / odostat kurssilta?**

|              |
|--------------|
| <br><br><br> |
|--------------|

Allekirjoituksella annan luvan tietojeni käsittelyyn kuntoutuskurssista vastaavalle henkilölle sekä muille kurssilla työskenteleville. Henkilökohtaisia tietojanne käsitellään luottamuksellisesti.

---

Päiväys

Allekirjoitus