



HAKEMUS

Psykiatrian klinikan sairaalakuntoutusjaksolle

HENKILÖTIEDOT

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Katuosoite: _____

Postinumero: _____

Postitoimipaikka: _____

Puhelinnumerot: _____

Sähköposti: _____

Haluatko, että lähetämme tiedotteet kurssista sähköpostin kautta? Kyllä Ei

Lähiomainen/läheinen: _____

SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT:

Diagnosi, lyhyt kuvaus sairauden kehityksestä ja nykytilasta. Miten sairaus haittaa selviytymistä jokapäiväisessä elämässä, työssä, ihmissuhteissa jne.?

Muu sairaus: _____

Säännöllinen lääkitys: _____

Allergiat/erityisruokavalio: _____



ODOTUKSET/TAVOITTEET JAKSOLLE:

Aika ja paikka: _____ / _____.20__

Hakijan allekirjoitus

Avohoidon työntekijän allekirjoitus

Kutsu kuntoutusjaksolle lähetetään hakijalle!

Hakemus lähetetään osoitteeseen:

LSHP / Mielenterveys- ja päihdepalvelut
Kuntoutustiimi
Valtakatu 11
96100 Rovaniemi

Yhteyshenkilö:

Sanna Muranen
puh. 040 778 2534
sanna.muranen@lshp.fi