



## Hakemus surukurssille

Sopeutumisvalmennuskurssi heille, jotka ovat menettäneet läheisensä

### Kurssin nimi, ajankohta ja paikka

--

### Hakijan tiedot

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Puhelinnumero	Sähköpostiosoite	
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiskelija	Työelämässä	Työtön	Äitiys- tai vanhempainvapaalla	Eläkkeellä
<input type="checkbox"/>	Muu elämäntilanne, mikä _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leski	Naimisissa	Naimaton	Avoliitossa	Eronnut

### Menetykseenne liittyvät tiedot

Kenet olet menettänyt ja milloin?

--

Miten menetys vaikuttaa arkeesi ja elämäsi tällä hetkellä? (esim. työ, opiskelu, arkiaskareet, vapaa-aika, sosiaaliset suhteet)

--

Miten olet käsitellyt suruasi? Mikä on auttanut tai lohduttanut?

### Aikaisempi surukurssi

Oletko osallistunut aikaisemmin surukurssille?  En  Kyllä, vuonna \_\_\_\_\_

### Odotukset kurssilta

Miksi haluat osallistua kurssille? Millaista tukea tai tietoa toivot saavasi kurssilta?

### Oma terveydentila ja ruoka-allergiat

Onko sinulla sairauksia, säännöllistä lääkitystä tai apuvälineitä, jotka tulisi huomioida kurssilla?

Millaiseksi koet terveydentilasi tällä hetkellä? 1 2 3 4 5

Millaiseksi koet liikuntakykyysi tällä hetkellä? 1 2 3 4 5

Millaiseksi koet mielialasi? 1 2 3 4 5

(1 = huonoksi, 5 = erinomaiseksi)

Onko sinulla ruoka-allergioita tai erityisruokavalio?  Ei  Kyllä, minkälaisia?

Annan luvan tietojeni käsittelyyn kurssista vastaavalle henkilölle sekä muille kurssilla työskenteleville. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Lähetän lomakkeen kurssin järjestävään syöpäyhdistykseen.

Päiväys

Allekirjoitus