

## ANSÖKAN TILL KURS FÖR CANCERPATIENTER – individ-, par- och familjekurser

|  |  |                                     |                     |                                   |  |
|--|--|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|--|
| <b>Kursens namn, tid och plats</b>   |  |                                     |                     |                                   |  |
|  |  |                                     |                     |                                   |  |
| <b>Uppgifter om den sökande</b>  |  |                                     |                     |                                   |  |
| Efternamn  |  | Förnamn                             |                     | Födelseår                         |  |
| Adress   |  |                                     | Postnummer och -ort |                                   |  |
| Telefonnummer  |  | E-postadress                        |                     |                                   |  |
| Kön  |  |                                     |                     |                                   |  |
| <input type="radio"/> Kvinna   |  | <input type="radio"/> Man           |                     | <input type="radio"/> Annan       |  |
| Livssituation  |  |                                     |                     |                                   |  |
| <input type="radio"/> Studerande   |  | <input type="radio"/> Arbetar       |                     | <input type="radio"/> Arbetslös   |  |
|  |  | <input type="radio"/> Föräldraledig |                     | <input type="radio"/> Pensionerad |  |
| <b>Uppgifter om nära anhörig</b>   |  |                                     |                     |                                   |  |
| Efternamn och förnamn  |  |                                     |                     | Telefonnummer                     |  |
| <b>Uppgifter om sjukdomen</b>  |  |                                     |                     |                                   |  |
| Vilken cancersjukdom har du insjuknat i och vilka behandlingar har du fått?  |  |                                     |                     |                                   |  |
|  |  |                                     |                     |                                   |  |
| När har din cancersjukdom diagnostiserats? Har din sjukdom recidiverat?  |  |                                     |                     |                                   |  |
|  |  |                                     |                     |                                   |  |
| Har du några andra medicinska tillstånd eller regelbunden medicinering som bör beaktas på kursen?                                    |  |                                     |                     |                                   |  |
|  |  |                                     |                     |                                   |  |
| Hurdant upplever du ditt nuvarande hälsotillstånd?                      1      2      3      4      5                                |  |                                     |                     |                                   |  |
| Hurdan upplever du din nuvarande rörelseförmåga?                      1      2      3      4      5                                  |  |                                     |                     |                                   |  |
| Hurdan upplever du din nuvarande sinnesstämning?                      1      2      3      4      5      (1 = dålig(t), 5 = utmärkt) |  |                                     |                     |                                   |  |
| Hur påverkar din sjukdom ditt dagliga liv? (t. ex. arbete, studier, vardagssysslor, fritid, sociala relationer)                      |  |                                     |                     |                                   |  |
|  |  |                                     |                     |                                   |  |

**Förväntningar på kursen**

Varför vill du delta i kursen? Vad förväntar du dig av kursen?

**Tidigare kurs**

Har du deltagit i en kurs tidigare?  Nej  Ja

Om ja, vilken kurs har du deltagit i och vilket år?

**Hjälpmedel för födoämnesallergier**

Använder du hjälpmedel som du behöver under kursen?  Nej  Ja, specificera?

Har du eller din närstående som deltar i kursen födoämnesallergier eller följer en specialdiet? Om ja, specificera

**Uppgifter om anhörig eller närstående som deltar i en par- eller familjekurs**

|                       |           |   |
|-----------------------|-----------|---|
| Efternamn och förnamn | Födelseår | Kön<br><input type="radio"/> Kvinna <input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Annan |
|-----------------------|-----------|---|

|        |                     |
|--------|---------------------|
| Adress | Postnummer och -ort |
|--------|---------------------|

|               |              |
|---------------|--------------|
| Telefonnummer | E-postadress |
|---------------|--------------|

|                       |           |   |
|-----------------------|-----------|---|
| Efternamn och förnamn | Födelseår | Kön<br><input type="radio"/> Flicka <input type="radio"/> Pojke <input type="radio"/> Annan |
|-----------------------|-----------|---|

|                       |           |   |
|-----------------------|-----------|---|
| Efternamn och förnamn | Födelseår | Kön<br><input type="radio"/> Flicka <input type="radio"/> Pojke <input type="radio"/> Annan |
|-----------------------|-----------|---|

|                       |           |   |
|-----------------------|-----------|---|
| Efternamn och förnamn | Födelseår | Kön<br><input type="radio"/> Flicka <input type="radio"/> Pojke <input type="radio"/> Annan |
|-----------------------|-----------|---|

|                       |           |   |
|-----------------------|-----------|---|
| Efternamn och förnamn | Födelseår | Kön<br><input type="radio"/> Flicka <input type="radio"/> Pojke <input type="radio"/> Annan |
|-----------------------|-----------|---|

Hurdana förväntningar har du (närstående) på kursen?

Jag ger mitt samtycke till behandling av mina uppgifter till den som ansvarar för kursen och andra som arbetar på kursen för urval av deltagare samt för kommunikation och handläggning av ärenden som rör kundrelationen. Uppgifterna behandlas konfidentiellt och lagras i 10 år. Information lämnas i regel inte ut till andra. Vid behov rapporteras namn och information om specialdiet till det kurscenter där kursen anordnas. Information som är nödvändig för handläggningen av mitt kursärende kan lämnas på begäran av statsbidragsmyndigheten Social- och hälsoorganisationernas understödscentral (STEA) som finansierar kursen. STEA kan se min kursansökan. I frågor som rör kursen följs den allmänna dataskyddsförordningen (2016/679), dataskyddslagen (1050/2018) och annan tillämplig dataskyddslagstiftning samt tystnadsplikten. Mer information om behandlingen av mina personuppgifter: <https://www.alltomcancer.fi/behandling-av-personuppgifter-i-samband-med-kurser/>

Jag skickar blanketten per post till den cancerförening som anordnar kursen.

Datum

Underskrift