

HAKEMUS PÄIVÄKESKUKSEEN

Hakemus saapunut:

Nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelin
Postinumero ja -osoite	
Omainen:	Puh. ja osoite
Yhteyshenkilö esim. kotihoito:	Puh. tai kotihoidon alue

Sairaudet/ toimintakykyyn vaikuttavat asiat: _____

Apuvälineet: _____

Allergiat: _____

Ruokavalio: _____

Selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa:

Selviän itse Tarvitsen apua, millä tavalla ja kuka auttaa

Liikkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Virtsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Uloste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Lääkkeistä huolehtiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Lääkedosetti/annosjakelu	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Käytössä Nitrot tai dinitisuihke	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei

Näkö	<input type="checkbox"/> normaali (silmälaseilla tai ilman)	<input type="checkbox"/> heikko		
Kuulo	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> alentunut		
Muisti	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> alentunut	<input type="checkbox"/> muistamaton	
Psyyke/Käytös	<input type="checkbox"/> tasapainoinen	<input type="checkbox"/> sekava	<input type="checkbox"/> karkailua	<input type="checkbox"/> masentunut

Asuminen: yksin jonkun kanssa, kenen _____

Koetteko itsenne yksinäiseksi? en kyllä, miksi? _____

Saatteko kunnallista omaishoidontukea? kyllä ei

Palvelujen käyttö:	Käy	Ei käy	Kuinka usein
kotihoito:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
siivouspalvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ateriapalvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Kuljetuksen tarve päiväkeskukseen: kyllä ei

Peseytymispalvelun tarve: kyllä ei

Jos taloudessanne on peseytymistilat, miksi tarvitsette peseytymispalvelun päiväkeskuksessa: _____

Päiväkeskusjakson pituus määräytyy yksilöllisesti ollen kuitenkin vähintään kuusi kuukautta. Perustelkaa miksi tarvitsette paikan ja kertokaa mitä odotuksia teillä on jaksolle:

Lupaan hankkia minun terveydentilaani koskevia tietoja kotihoidosta /Lpks:stä /terveyskeskuksesta sekä luovuttaa terveystietojani sekä palveluntuottajalle että palvelunjärjestäjälle palvelujeni tueksi:

Kyllä

Ei

Torniossa _____ / _____ 20_____

Asiakkaan allekirjoitus: _____

Lomakkeen täyttäjä ja yhteystiedot: _____

Lomake palautetaan: Palveluneuvonta / Anne-Maarit Mörsäri
Sairaalakatu 1
95400 Tornio

KOTIHOITO TÄYTTÄÄ:

RAVA / pvm

MMSE / pvm, jos tehty

--	--