

ESITIETOLOMAKE

Nimi _____

Syntymäaika _____ puh: _____

Osoite _____

Lähiomainen _____ puh: _____

Jos kotihoidon asiakas: kotihoitotiimi ja puh. _____

YHTEYDENPITO

Toivotteko, että omaisiin ollaan yhteydessä, jos intervalli jakson aikana tapahtuu jotain poikkeavaa?

En

Kyllä, keneen _____ puh. _____

OMAT MIELTYMYKSET ja ODOTUKSET JAKSOLLE :

LÄÄKKEET (HOX LÄÄKELISTA ja TÄYTETTY DOSETTI MUKAAN !!)

Insuliini

Marevan

Nitro

suihkeet _____

SAIRAUDET

Diabetes Epilepsia Astma

Allergiat/ruokavalio _____

Muistisairaus

Rauhallinen käytös oireet /häiriöt

yöllinen levottomuus

sanallisesti vihainen (kiroilee, huutaa)

vastustaa hoitoa Esim. pesut, vaipanvaihto

helposti ärtyvä (tönii, sylkee, lyö, potkii)

Muu sairaus, mikä _____

HENKILÖKOHTAINEN HYGIENIA ja APUVÄLINEET

KÄYTÖSSÄ:

inko- suoja/vaippa kyllä ei

hammasproteesit kyllä ei

kuulolaite kyllä ei

silmälasit kyllä ei

rollaattori kyllä ei

keppi kyllä ei

muuta: _____

AVUN TARVE PÄIVITTÄISISSÄ TOIMINNOISSA

PUKEUTUMINEN

itsenäinen, mitä kykenen itse tekemään _____

ohjauksen tarve _____

missä tarvitsen apua _____

PESEYTYMINEN

itsenäinen, mitä kykenen itse tekemään _____

ohjauksen tarve _____

missä tarvitsen apua _____

RUOKAILU

itsenäinen, mitä kykenen itse tekemään _____

ohjauksen tarve _____

missä tarvitsen apua _____
