

### Kuopion kaupunki

Perusturva ja terveydenhuolto

Vanhusten hoivapalvelut

Yhteisö- ja toimintakeskuspalvelut

2019

#### ASIAKKAAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite	Siviilisäätty
Postitoimipaikka	Puhelin

Asuminen <input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> toisen kanssa, kenen?	Hakemuksen vastaus ilmoitetaan hakijalle <input type="checkbox"/> yhteyshenkilölle <input type="checkbox"/>
--	---

#### OMAISEN / YHTEYSHENKILÖN TIEDOT

Omaisen/yhteyshenkilön nimi	Sukulaisuussuhde
Lähiosoite	Puhelin
Postitoimipaikka	Puhelin/työ

OMAISHOIDON TUKI <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Lakisääteinen vapaa on sovittu <input type="checkbox"/> kyllä, miten? <input type="checkbox"/> ei sovittu	

KOTIHOITO: <input type="checkbox"/> Ei kotihoitoa <input type="checkbox"/> Kuopion kaupunki <input type="checkbox"/> Yksityinen, kuka?	
Kotihoitokäyntien lukumäärä ja sisältö:	
Omahoitaja	Puhelin
Tiimin päivitys	Puhelin
Kotisairaanhoidtaja	Puhelin

TERVEYDENTILA JA DIAGNOOSIT	Allergiat
	Eritysruokavaliot:

Muisti heikentynyt <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	MMSE_____pvm_____
	RAVA_____pvm_____

Pystyn ottamaan lääkkeit itsenäisesti <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Päiväryhmässä annettavat lääkkeet:	
Tarvittaessa annettavat lääkkeet:	

#### KULJETUSJÄRJESTELYT RYHMÄÄN

Selviydyn itsenäisesti <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Omainen / hoitaja saattaa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
	<input type="checkbox"/> jotenkin muuten, miten?
Tarvitsetteko yhteiskuljetusta <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Kuljetustuki <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Tarvitsetteko apua asunnosta kyytiin siirtymiseen <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
jos tarvitsette, niin millaista?	

### Kuopion kaupunki

Perusturva ja terveydenhuolto

Vanhusten hoivapalvelut

Yhteisö- ja toimintakeskuspalvelut

2019

#### TIETOJA TOIMINTAKYVYSTÄ

Liikkuminen		Liikkumisen apuvälineet:	
Peseytymisen tarve päiväryhmässä:		<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> avustettuna, miten?	
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> avustettuna, miten?	
Näkö	Kuulo	Puhe	
<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> normaali	
<input type="checkbox"/> heikentynyt	<input type="checkbox"/> heikentynyt	<input type="checkbox"/> heikentynyt	
<input type="checkbox"/> silmälasit	<input type="checkbox"/> apuvälineet, mitä?	<input type="checkbox"/> apuvälineet, mitä?	
Ruokailu	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> avustettuna, miten?	
Ruoka soseutettava	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei	
Wc-käynnit	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> avustettuna, miten?	
Virtsanpidätyskyky	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> tihentynyt virtsaamisen tarve	<input type="checkbox"/> vaipat käytössä
Vatsan toiminnassa erityistä huomioitavaa			
Sosiaalinen toimintakyky / sosiaalinen verkosto		Psyykinen toimintakyky/mieliala	
Harrastukset ja ajanvietteet:		Kiinnostuksen kohteet (rastita mieluiset):	
		<input type="checkbox"/> keskustelu	<input type="checkbox"/> lukeminen
		<input type="checkbox"/> musiikki	<input type="checkbox"/> hengellinen ohjelma
		<input type="checkbox"/> kuntosali	<input type="checkbox"/> taide ja kulttuuri
		<input type="checkbox"/> jotain muuta, mitä?	<input type="checkbox"/> kädentaidot
			<input type="checkbox"/> liikunta
			<input type="checkbox"/> retket

#### PÄIVÄRYHMÄTOIMINNAN TAVOITTEET

Miksi tarvitsette päiväryhmätoimintaa?
Päiväryhmätoiminnan tavoite?
Omat odotuksenne/toiveenne päiväryhmätoiminnan sisällöstä?
Omaisien odotukset/toiveet?

#### TIETOJEN LUOVUTUS JA ALLEKIRJOITUS

Päiväryhmäasiakkaan tiedot kirjataan sosiaali- ja terveyskeskuksen asiakasrekisteriin.

Tietojani saa luovuttaa hoitoon osallistuville yksiköille	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
omaisille	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Paikka ja aika: _____ Päiväryhmäasiakkaan allekirjoitus: _____		
Lomakkeen täyttämässä avusti:		

Lomakkeiden palautus: Kaupunkialue: Yhteisö- ja toimintakeskuspalvelut, Suokatu 6, 70100 Kuopio,

Nilsia: Kotihoito, Syvärintie 22, 73300 Nilsia,

Maaninka: Kotihoito, Ollintie 11 / kotihoidon toimisto, 71750 Maaninka,

Riistavesi: Liisa Raatikainen, Vaarutie 1, 71160 Riistavesi

Juankoski: Kotihoito, Terveystie 11, 73500 Juankoski