

Kuopion kaupunki

Perusturvan palvelualue
Vanhusten hoivapalvelut
Yhteisö- ja toimintakeskuspalvelut

2018

AJANKOHTA, JOLLOIN TILAPÄISTÄ HOITOA TARVITAAN

PÄIVÄMÄÄRÄ _____ ALKAEN KLO _____ PÄÄTTYEN KLO _____

PÄIVÄMÄÄRÄ _____ ALKAEN KLO _____ PÄÄTTYEN KLO _____

PÄIVÄMÄÄRÄ _____ ALKAEN KLO _____ PÄÄTTYEN KLO _____

ASIAKKAAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin

OMAISEN / YHTEYSHENKILÖN TIEDOT

Omaisien/yhteyshenkilön nimi	Sukulaisuussuhde
Osoite	Puhelin

ASIAKKAAN TERVEYDENTILA JA DIAGNOOSIT

zTerveystilassa tai toimintakyvyssä erityistä huomioitavaa?	
Diagnoosit:	
Allergiat:	
Erityisruokavaliot:	
Muisti heikentynyt:	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
	MMSE _____ pvm _____
	RAVA _____ pvm _____
Pystyn ottamaan lääkkeitä itsenäisesti Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	

TIETOJA TOIMINTAKYVYSTÄ

Liikkuminen	Liikkumisen apuvälineet:	
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?
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

Tilapäisen hoidon asiakkaan tiedot kirjataan sosiaali- ja terveyskeskuksen asiakasrekisteriin.

PAIKKA JA AIKA _____

ASIAKKAAN TAI OMAISEN ALLEKIRJOITUS _____

LOMAKKEEN PALAUTUS: Yhteisö- ja toimintakeskuspalvelut, Suokatu 6, 70100 Kuopio