

ASIAKKAAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelin
Postitoimipaikka	Sähköposti

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

OMAISEN / YHTEYSHENKILÖN TIEDOT

Omaisien / yhteys henkilön nimi	Sukulaisuussuhde
Lähiosoite	Puhelin
Postitoimipaikka	Sähköposti
Omaishoidon tuki Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
Kotihoito: Ei kotihoito <input type="checkbox"/> Kuopion kotihoito <input type="checkbox"/> Yksityinen, kuka? <input type="checkbox"/>	
Kotihoidon käyntien lukumäärä	
Omahoitaja _____ Puhelin _____	
Tiimin päivystys _____ Puhelin _____	
Kotisairaanhoidtaja _____ Puhelin _____	

ASIAKKAAN TERVEYDENTILA JA DIAGNOOSIT

Millainen on terveydentilanne tällä hetkellä?
Diagnoosit
Allergiat
Erityisruokavalio
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"/>

KULJETUS JÄRJESTELYT RYHMÄÄN

Selviydyn itsenäisesti Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Omaisen / hoitaja saattaa Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Tarvitsen yhteiskuljetusta Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Kuljetustuki Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Tarvitsetteko apua asunnosta kyytiin siirtymisessä Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Jos tarvitsette, niin millaista?

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 virtsaaminen	<input type="checkbox"/> vaipat käytössä
Vatsan toiminnassa erityistä huomioitavaa			
Sosiaalinen toimintakyky /sosiaalinen verkosto		Psyykinen toimintakyky/mieliala	
Oletteko osallistunut aiemmin johonkin osapäiväryhmään? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>			
Jos olette, niin milloin ja mihin osapäiväryhmään?			
Osallistutteko tällä hetkellä ryhmä- tai muuhun harrastustoimintaan? Mihin?			

RYHMÄ, JOHON HAEN ENSISIJAISESTI

Arjen toimintakykyä <input type="checkbox"/>	Käsityö- ja kulttuuri- <input type="checkbox"/>	Liikuntapainotteinen <input type="checkbox"/>	Muistia tukeva <input type="checkbox"/>
tukeva	painotteinen		
Omat odotuksenne/ toiveenne ryhmätoiminnan sisällöstä?			

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:..... puh:.....

LOMAKKEIDEN PALAUTUS

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

Nilsia: Pirjo Turunen, Syvärintie 22, 73300 Nilsia

Riistavesi: Liisa Raatikainen, Vaarutie, 71160 Riistavesi

Vehmersalmi: Sanna Riekkinen/Minna Koponen, Satamarannantie 1, 71310 Vehmersalmi

Liite osapäiväryhmähakemukseen

TOIMINTAKYKYKARTOITUS

Nimi_____

hetu_____ pvm_____

kyllä	ei	
		Koti ja toimintaympäristö
		Asutteko yksin?
		Pääsettekö itse ulos?
		Pystyttekö liikkumaan ja toimimaan kotona ja lähiympäristössä esteittä?
		Selviättekö portaissa itsenäisesti?
		Ovatko kulkuyhteydet palvelu- ja asiointipaikkoihin saatavilla?
		Sosiaaliset suhteet ja ympäristö
		Onko teillä ystäviä/sukulaisia, joiden kanssa pidätte säännöllisesti yhteyttä?
		Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?
		Tunnetteko olonne turvattomaksi?
		Pystyttekö osallistumaan riittävästi kotinne ulkopuolisiin asiointeihin, tapahtumiin tai harrastuksiin?
		Käytättekö alkoholia enemmän kuin yhden annoksen kerrallaan tai seitsemän annosta viikossa? (Yksi annos on pieni pullo keskiolutta tai siideriä, 12 cl mietoa tai 8cl väkevää viiniä, 4 cl viinaa40%)
		Arkipäivän toiminnot ja liikkuminen
		Suoriudutteko henkilökohtaisista päivittäisistä toimistanne (peseytyminen, pukeutuminen)?
		Teettekö kotiaskareita?
		Harrastatteko liikuntaa tai ulkoilua vähintään viisi kertaa viikossa?
		Onko liikkumisenne määrä vähentynyt viimeisen puolen vuoden aikana?
		Vaikeuttaako kipu tai joku muu syy (esim. virtsavaiva) päivittäisiä toimianne?
		Oletteko kaatunut tai onko teille sattunut tapaturmia viimeisen puolen vuoden aikana?
		Ravitsemus
		Syöttekö vähintään kerran päivässä lämpimän aterian?
		Ruokailetteko vähintään neljä kertaa päivässä (sisältäen pääruuan, välipalat)?
		Onko ruokahalunne pysynyt ennallaan?
		Onko painonne pysynyt ennallaan viimeisen puolen vuoden aikana?
		Uni, mieliala ja muisti
		Oletteko nukkunut hyvin viimeisen kuukauden aikana?
		Oletteko tuntenut itsenne viimeksi kuluneen kuukauden aikana usein alakuloiseksi tai masentuneeksi?
		Oletteko itse tai onko läheisenne ollut huolissaan muistinne vaikeuksista?