

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

Omaisen / 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:.....
HUOM: Muistakaa täyttää ENNAKOIVA TOIMINTAKYKYKARTOITUS - lomake tämän hakemuksen liitteeksi

LOMAKKEIDEN PALAUTUS

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

Nilsia: Pirjo Turunen, Syvärintie 22, 73300 Nilsia

Riistavesi: Liisa Raatikainen, Vaarutie, 71160 Riistavesi

Vehmersalmi: Kati Puomilahti, Satamarannantie 1, 71310 Vehmersalmi