

### ASIAKKAAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelin
Postitoimipaikka	Sähköposti

Yhteyshenkilön nimi	Puhelin
Lähiosoite	Postitoimipaikka

Perhesuhteet / läheiset

Terveydentila tällä hetkellä

Eriyistä huomioitavaa toimintakyvyssä tai terveydessä

Lyhyt kuvaus elämäntilanteesta

Selviydytkö arkiaskareista itsenäisesti vai saatko esimerkiksi kotihoidolta apua?

Mitä toiveita ja odotuksia Sinulla on "Myö yhdessä" -ryhmän toiminnasta?

### TIETOJEN LUOVUTUS JA ALLEKIRJOITUS

Hakijan tiedot kirjataan sosiaali- ja terveystieteiden asiakasrekisteriin.

Tietojani saa luovuttaa hoitoon osallistuville yksiköille Kyllä  Ei

omaisille Kyllä  Ei

Paikka ja aika \_\_\_\_\_

Hakijan allekirjoitus \_\_\_\_\_

Lomakkeen täyttämässä avusti \_\_\_\_\_ puhelin \_\_\_\_\_

Lomakkeiden palautus:

Palveluesimies Ulla Reiman, Suokadun toimintakeskus, Suokatu 6, 70100 Kuopio

Tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Kaikkiin hakemuksen palauttaneisiin otetaan yhteyttä.