

## Kuopion kaupunki

Perusturva ja terveydenhuolto  
Vanhusten hoivapalvelut  
Yhteisö- ja toimintakeskuspalvelut

### 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

Omaisena/yhteyshenkilön nimi	Sukulaisuussuhde
Osoite	Puhelin

### ASIAKKAAN TERVEYDENTILA JA DIAGNOOSIT

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