

HAKEMUS

Päivätoimintaan

Lyhytaikaiseen hoitoon

Omaishoitajan lakisääteiset vapaapäivät

Nimi (sukunimi ja etunimi)		Henkilötunnus	
Osoite		Postinumero	Puhelinnumero
Äidinkieli	Ovisummeri/koodi	Syntymäpaikka	Entinen ammatti
Asuminen <input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu toisen kanssa		Asuinkumppanin nimi ja suhde asiakkaaseen	
Lähiomainen tai yhteyshenkilö (nimi ja osoite)			Puhelin
Henkilö, johon ollaan yhteydessä palvelusta sovittaessa <input type="checkbox"/> asiakas <input type="checkbox"/> lähiomainen tai yhteyshenkilö <input type="checkbox"/> muu, kuka? _____			
<input type="checkbox"/> kotihoito käytössä: <input type="checkbox"/> kaupungin <input type="checkbox"/> yksityinen Käyntimäärä: ____/päivä tai ____/viikko <input type="checkbox"/> ei kotihoitoa puhelinnumero kotihoitoon: _____			
Päivätoimintapaikkaa haetaan <input type="checkbox"/> kokopäiväryhmään (6h/päivä) <input type="checkbox"/> puolipäiväryhmään, aamupäivä (3h/päivä) <input type="checkbox"/> puolipäiväryhmään, iltapäivä (3h/päivä)			
Odotukset päivätoiminnalta. Voit rastittaa yhden tai useamman vaihtoehdon <input type="checkbox"/> Yhdessäolo ja keskustelu <input type="checkbox"/> Liikunnallinen toiminta <input type="checkbox"/> Aivojumppa <input type="checkbox"/> Kädentaidot <input type="checkbox"/> Musiikki <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____			
Lyhytaikaishoito <input type="checkbox"/> tilapäinen, toivottu aika _____ <input type="checkbox"/> säännöllinen vuorohoito (intervallihoito)			
KIINNOSTUKSEN KOHTEET			

SAIRAUDET	
PSYKKINEN TILA	<p><u>Muisti</u> <input type="checkbox"/>hyvä <input type="checkbox"/>heikentynyt <input type="checkbox"/>muistamaton MMSE pisteet ___ / 30</p> <p><u>Henkinen tila</u> <input type="checkbox"/>asiallinen <input type="checkbox"/>alakuloinen <input type="checkbox"/>yksinäinen <input type="checkbox"/>masentunut <input type="checkbox"/>harhainen <input type="checkbox"/>levoton <input type="checkbox"/>päihdeongelmainen</p> <p><input type="checkbox"/>muuta, mitä?</p>
LIKKUMISKYKY	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> rajoittunut, mutta liikkuu yksin <input type="checkbox"/> liikkuu avustettuna <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> muuta, mitä?
KUULO, NÄKÖ JA PUHEKYKY	<input type="checkbox"/> hyvä kuulo <input type="checkbox"/> alentunut kuulo <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> kuuro <input type="checkbox"/> hyvä näkö <input type="checkbox"/> alentunut näkö <input type="checkbox"/> sokea <input type="checkbox"/> afasia (puheen tuottamisen/ymmärtämisen vaikeus)
RUOKAILU	<input type="checkbox"/> itsenäinen <input type="checkbox"/> tarvitsee ruokailussa apua <input type="checkbox"/> syötettävä
ERITYISRUOKAVALIO	
LÄÄKKEIDEN OTTO	<input type="checkbox"/> hoitaa itsenäisesti <input type="checkbox"/> lääkkeiden ottoa valvottava/muistutettava
WC-TOIMINNOT	<input type="checkbox"/> itsenäinen <input type="checkbox"/> tarvitsee apua wc:ssä <input type="checkbox"/> käyttää vaippoja
<input type="checkbox"/> Annan luvan tietojeni siirtämiseen sosiaali- ja terveystoimen välillä. <input type="checkbox"/> Tietojani saa luovuttaa muille hoitoon osallistuville sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille ja asiakasrekistereihin, jotka osallistuvat hoitooni (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812; 16§ Suostumus tietojen antamiseen; 17§ Salassa pidettävien tietojen antaminen asiakkaan hoidon ja huollon turvaamiseksi; 20§ Velvollisuus antaa sosiaalihuollon viranomaiselle salassa pidettäviä tietoja)	
Hakemuksen täyttämässä avustaneen henkilön allekirjoitus, nimike ja puhelinnumero	
Paikka ja pvm	Asiakkaan allekirjoitus

Hakemuksen palautusosoite:

Ikäkeskus | SAS

Tammikaivontie 4, 65100 Vaasa

Lisätietoja: 040-715 5521, 040-868 4602

KÄÄNNÄ