

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			Puhelin
Henkilö, johon ollaan yhteydessä päivätoiminnasta 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: _____			
Kiinnostuksen kohteet			
Merkitykselliset asiat elämässäni nyt		Merkitykselliset asiat elämässäni aikaisemmin	
Merkitykselliset ihmiset elämässäni nyt		Merkitykselliset ihmiset elämässäni aikaisemmin	
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? _____			
Päivätoimintapaikkaa haetaan <input type="checkbox"/> kokopäiväryhmään (6h/keskiviikkoisin 9-15) <input type="checkbox"/> puolipäiväryhmään, aamupäivä (3h/perjantai 8.30-11.30) <input type="checkbox"/> puolipäiväryhmään, iltapäivä (3h/perjantai 12-15)			

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:**

Vastaava ohjaaja | Terveys- ja hoivapalvelu Kyrömedi Oy  
Kokkomäentie 18, 66500 Vähäkyrö