



Saapunut ___ / ___ 20__

HAKEMUS VANHUSTEN PÄIVÄKESKUSTOIMINTAAN

Nimi (Sukunimi ja etunimet)		Henkilötunnus
Osoite	Syntymäpaikka	Entinen ammatti
Postinumero ja toimipaikka	Puhelinnumero	Äidinkieli
Asuminen Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu toisen kanssa <input type="checkbox"/>	Asuinkumppanin nimi ja suhde asiakkaaseen	
Lähiomainen tai yhteyshenkilö (suhde asiakkaaseen), puhelinnumero		
Lääkitys		
<input type="checkbox"/> Päivätoiminta käytetään omaishoidontuen lakisääteisenä vapaana		
<input type="checkbox"/> Haen Lopen kunnan päivätoimintaan	Jakson aloituksen toive? _____	
<input type="checkbox"/> Tarvitsen kuljetuksen <input type="checkbox"/> Järjestän itse kuljetuksen, millä? <input type="checkbox"/> Oma kyyti <input type="checkbox"/> Palvelulinja <input type="checkbox"/> Taksikortti		
Voimavarat, harrastukset, kiinnostukset		
Jakson tavoite		

PSYKKINEN TILA	Muisti <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Heikentynyt <input type="checkbox"/> Muistamaton		MMSE/pvm				
	Henkinen tila <input type="checkbox"/> Asiallinen <input type="checkbox"/> Masentunut <input type="checkbox"/> Harhoja <input type="checkbox"/> Levoton <input type="checkbox"/> Päihdeongelmainen						
LIKKUMISKYKY	<input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Rajoitettu, liikkuu yksin <input type="checkbox"/> Liikkuu avustettuna <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Rollaattori						
	Muuta, mitä?						
KUULO, NÄKÖ JA PUHEKYKY	<input type="checkbox"/> Kuulee hyvin <input type="checkbox"/> Kuulee heikosti <input type="checkbox"/> Kuulolaite <input type="checkbox"/> Kuuro						
	<input type="checkbox"/> Näkee hyvin <input type="checkbox"/> Näkee heikosti <input type="checkbox"/> Sokea <input type="checkbox"/> Dys./Afasia						
TOIMINTAKYKY	<input type="checkbox"/> Tarvitsee ruokailussa apua		<input type="checkbox"/> Syötettävä				
	<input type="checkbox"/> Tarvitsee apua WC:ssä		<input type="checkbox"/> Käyttää vaippoja				
ERITYISRUOKA- VALIO							
VIIKKO-OHJELMA	Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai	Lauantai	Sunnuntai
KOTIHOITO							
MUU							
Sairaudet, diagnoosit, allergia							
Muuta mainittavaa							
Onko omaishoidontuen asiakas? Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>							
Paikka _____ päivämäärä ___/___ 20___							
Allekirjoitus ja nimen selvennys _____							
Palautus: Lopen kunta, Palvelukeskus Eedilä Kotipalvelunohjaaja, Opintie 3, 12700 Loppi Puh. Kotipalvelunohjaa (019) 758 6143, päiväkeskus 050-313 7740 tai (019) 758 6146							