



Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja
terveyspalvelukuntayhtymä

Hakemus ikääntyneiden
kuntouttavaan päivätoimintaan
Hoito ja hoiva
Asiakasohjaus ja avopalvelut

Hakijan nimi	
Henkilötunnus	Puhelinnumero
Katuosoite	Postinumero ja postitoimipaikka

Asuminen <input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> toisen kanssa, kenen:
Omainen tai asioiden hoitaja ja puhelinnumero (henkilö, johon ollaan yhteydessä päivätoiminnasta sovittaessa)
Oletteko säännöllisen kotihoidon asiakas <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Kotihoidon alue:
Kotihoidon yhteyshenkilö, kotisairaanhoidtaja:
Oletteko omaishoidon tuen asiakas <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Päivätoiminnan tarve <input type="checkbox"/> toimintakyvyn tukeminen <input type="checkbox"/> yksinäisyys <input type="checkbox"/> omaishoitajan lepo <input type="checkbox"/> muu syy, mikä:
Odotukset ja toiveet päivätoiminnalta
Sairaudet

Lääkitys päivätoiminnan aikana:

Lääkkeiden otto: itsenäisesti tarvitsen muistuttamista tarvitsen apua ja valvontaa

Toimintakyky:

Näkö	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> heikko	<input type="checkbox"/> sokea
Kuulo	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> alentunut	<input type="checkbox"/> kuuro
Puhe	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> epäselvä	<input type="checkbox"/> afasia
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> ilman apuvälineitä <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> muuta, mitä:	<input type="checkbox"/> keppi <input type="checkbox"/> talutettava	<input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> avustettava siirtymisissä
Ruokailu	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> ohjattava	<input type="checkbox"/> ruoka tarjoillaan
WC-käynnit	<input type="checkbox"/> itsenäinen	<input type="checkbox"/> ohjattava	<input type="checkbox"/> autettava
Muisti	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> MMSE tehty, pisteet:	<input type="checkbox"/> alentunut	<input type="checkbox"/> muistamaton
Henkinen tila	<input type="checkbox"/> asiallinen <input type="checkbox"/> harhainen <input type="checkbox"/> muuta, mitä:	<input type="checkbox"/> alakuloinen <input type="checkbox"/> levoton	<input type="checkbox"/> yksinäinen <input type="checkbox"/> päihdeongelmainen <input type="checkbox"/> masentunut

Apuvälineet

Voimavarat, kiinnostuksen kohteet, mielipuuhat

Lisäkuvausta toimintakyvystä (vaihtoehtoisesti voitte laittaa liitteeksi kotihoidon kanssa tekemänne hoito- ja palvelusuunnitelman, josta asia tulee laajemmin esille)

Ruokailutottumukset, erityisruokavalio
Kulkeminen päivätoimintaan <input type="checkbox"/> kävellen <input type="checkbox"/> omalla autolla <input type="checkbox"/> omainen/joku muu tuo <input type="checkbox"/> taksilla/taksibussilla Onko teille myönnetty Sote-kuljetuspalvelua: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

<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.
--

Hakemuksen täyttämässä avustaneen henkilön tiedot ja allekirjoitus

Nimi			
Nimike		Puhelinnumero	

Paikka ja päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Asiakkaan allekirjoitus

Paikka ja päiväys

Asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvennys

Ilmoitus saapunut päivätoimintayksikköön, pvm:	
Saanut päivätoimintapaikan, pvm:	

Hakemuksen palautusosoite:
Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite
Asiakasohjaus ja avopalvelut
Torikatu 50, 67100 Kokkola

Lisätietoja: puh. 040 806 5958