



Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja
terveyspalvelukuntayhtymä

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite

Hoito ja hoiva, Asiakasohjaus ja avopalvelut

Hakemus ikääntyneiden kuntouttavaan päivätoimintaan

Nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Postinumero ja postitoimipaikka:

Puhelinnumero:

Asuminen:

yksin toisen kanssa, kenen:

Omainen tai asioiden hoitaja ja puhelinnumero (henkilö, johon ollaan yhteydessä päivätoiminnasta sovittaessa:

Oletteko säännöllisen kotihoidon asiakas:

kyllä ei

Kotihoidon alue:

Kotihoidon yhteyshenkilö, kotisairaanhoidtaja:

Oletteko omaishoidon tuen asiakas:

kyllä ei

Päivätoiminnan tarve:

toimintakyvyn tukeminen yksinäisyys omaishoitajan lepo

muu syy, mikä:

Odotukset ja toiveet päivätoiminnalta:

Sairaudet:

Lääkitys päivätoiminnan aikana:

Lääkkeiden otto:

itsenäisesti tarvitsen muistuttamista tarvitsen apua ja valvontaa

Toimintakyky

Näkö:

hyvä heikko sokea

Kuulo:

hyvä alentunut kuuro

Puhe:

normaali epäselvä afasia

Liikkuminen:

- ilman apuvälineitä keppi rollaattori pyörätuoli talutettava
- avustettava siirtymisissä
- muuta, mitä:

Ruokailu:

- itsenäisesti ohjattava ruoka tarjoillaan

WC-käynnit:

- itsenäinen ohjattava autettava

Muisti:

- normaali alentunut muistamaton MMSE-tehty, pisteet:

Henkinen tila:

- asiallinen alakuloinen yksinäinen masentunut harhainen
- levoton päihdeongelmainen
- muuta, mitä:

Apuvälineet:

Voimavarat, kiinnostuksen kohteet, mielipuuhat:

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

Ruokailutottumukset, erityisruokavalio:

Kulkeminen päivätoimintaan:

kävellen omalla autolla omainen/joku muu tuo taksilla/taksibussilla

Onko teille myönnetty Sote-kuljetuspalvelua: kyllä ei

Annan luvan tietojeni siirtämiseen sosiaali- ja terveystoimen välillä

Tietojani saa luovuttaa muille hoitoon osallistuville sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille ja asiakasrekistereihin, jotka osallistuvat hoitooni

Hakemuksen täyttämiseksi 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 terveystyöntekijäyhtymä Soite

Asiakasohjaus ja avopalvelut

Torikatu 50, 67100 Kokkola

Lisätietoja: puh. 040 806 5958