



Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Vård och omsorg, Klienthandledning och öppenvårdstjänster

Ansökan om plats inom rehabiliterande dagverksamhet för äldre

Den ansökandes namn:

Personbeteckning:

Adress:

Postnummer och postanstalt:

Telefonnummer:

Boende:

ensam med någon, vem:

Anhörig eller den person som sköter ärenden och telefonnummer: (personen som kontaktas för att komma överens om dagverksamhet)

Har ni regelbunden hemvård:

ja nej

Hemvårdens område:

Kontaktperson inom hemvården, hemsjukvårdaren:

Får ni stöd för närståendevård:

ja nej

Behov av dagverksamhet:

- stöd för funktionsförmågan ensamhet möjlighet till vila för närståendevården
 någon annan orsak, vad:

Förväntningar och önskemål gällande dagverksamhet:

Sjukdomar:

Medicinering under dagverksamheten:

Att ta mediciner:

- tar självständigt jag behöver påminnelse jag behöver hjälp och övervakning

Funktionsförmågan

Synen:

- bra svag blind

Hörseln:

- god nedsatt döv

Talet:

- normalt otydligt har afasi

Rörelseförmågan:

utan hjälpmedel käpp rollator rullstol behöver ledas

behöver hjälp med att flytta sig

annat, vad:

Måltider:

självständigt behöver handledas maten serveras

WC-besök:

självständigt behöver handledas behöver hjälp

Minnet:

normalt nedsatt har tappat minnet MMSE-testet har gjorts, poängen:

Det psykiska tillståndet:

saklig nedstämd känner sig ensam deprimerad hallucinös

rastlös har missbruksproblem

annat, vad:

Hjälpmedel:

Resurser, intressen, favoritsysslor:

Ytterligare beskrivning av er funktionsförmåga: (alternativt kan ni bifoga vård- och serviceplanen som ni gjort upp med hemvården och som innehåller en närmare beskrivning av er funktionsförmåga)

Matvanor, specialkost:

Jag tar mig till dagverksamheten:

till fots med egen bil en anhörig/någon annan transporterar med taxi/taxibuss

Har ni beviljats färdtjänster inom social- och hälsovården: ja nej

Jag ger mitt samtycke till att mina uppgifter flyttas mellan social- och hälsoväsendet

Mina uppgifter får lämnas ut till andra social- och hälsovårdsenheter som deltar i min vård och deras klientregister

Underskrift av och uppgifter om personen som hjälpt att fylla i ansökningsen

Namn:

Yrkesbeteckning:

Telefonnummer:

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Underskrift av klienten

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande av klienten

Anmälan har inkommit till dagverksamhets-enheten, datum:

Har fått plats i dagverksamheten, datum:

Ansökningen skickas till adressen:

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Klienthandledning och öppenvårdstjänster

Torggatan 50, 67100 Karleby

Ytterligare uppgifter: tfn 040 806 5958