Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Öppenvårdstjänster för äldre och handikappade

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 ansökningen

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

Tjänster för äldre

Hälsovägen 1, 67200 Karleby

Ytterligare uppgifter: tfn 040 806 5958