



Kittilä

Kittilän kunta
Sosiaali- ja terveystalokunta
Valtatie 15, 99100 Kittilä

HAKEMUS IKÄIHMISTEN PÄIVÄTOIMINTAAN

PALAUTUS: Kittilän kunta

Kotihoidon ohjaaja
Valtatie 15
99100 Kittilä

Hakemus vastaanotettu

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|
| Hakijan tiedot | Sukunimi | | Henkilötunnus |
| | Etunimet (alleviivaa kutsumanimi) | | Äidinkieli |
| | Lähiosoite | | |
| | Postinumero ja – toimipaikka | | Puhelinnumero |
| | Syntymäpaikka | | Entinen ammatti |
| Asumisen tiedot | Asuminen <input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu toisen kanssa | Asuinkumppanin nimi | |
| | Suhde asiakkaaseen | | |
| Lähiomainen tai yhteyshenkilö | Lähiomainen tai yhteyshenkilö | | |
| | Suhde asiakkaaseen | | Puhelinnumero |
| Hoitava lääkäri tai terveysasema | | | |
| Lääkitys | (täytetään ainoastaan silloin, kun erillistä lääkelistaa ei ole saatavilla, tarkistetaan päivätoiminnan alkamisen yhteydessä) | | |
| Omaishoidontuki | <input type="checkbox"/> Päivätoimintaa käytetään omaishoidontuen lakisääteisenä vapaana | | |
| Jakson aloituksen toive ja jakson tavoite | | | |
| Voimavarat, harrastukset, kiinnostukset | | | |
| ANNAN SUOSTUMUKSENI SIIHEN, ETTÄ HAKEMUSTANI KÄSITTELEVÄ VIRANHALTIJA VOI MUILTA VIRANOMAISILTA PYYTÄÄ SELLAISIA MINUA KOSKEVIA LISÄTIETOJA, JOTKA OVAT HAKEMUKSENI KÄSITTELYSSÄ TARPEELLISIA. | | | |
| Allekirjoitus | | | |
| | Paikka ja päivämäärä | Hakijan / yhteyshenkilön allekirjoitus | |



Kittilä

Kittilän kunta
Sosiaali- ja terveystalokunta
Valtatie 15, 99100 Kittilä

HAKEMUS IKÄIHMISTEN PÄIVÄTOIMINTAAN VIRANOMAINEN TÄYTTÄÄ

| | | | | | | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|-----------|----------|-----------|
| Psyykinen 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"/> Päihdeongelma | | | | | | |
| Liikkumiskyky | Asuminen <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Rajoitettu, mutta liikkuu yksin <input type="checkbox"/> Liikkuu avustettuna <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Muuta | | | | | | |
| Kuulo, näkö ja puhekyky | Asuminen <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 | RAVA / pvm | RAI / pvm | | | | |
| Erikoisruoka- valio | | | | | | | |
| Viikko-ohjelma | Maanantai | Tiistai | Keskiviikko | Torstai | Perjantai | Lauantai | Sunnuntai |
| Kotihoito | | | | | | | |
| Muu | | | | | | | |
| Sairaudet diagnoosit, allergiat | | | | | | | |
| MRSA / ESBL / TRPA | <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä _____ <input type="checkbox"/> Liitteenä kirjallinen selvitys | | | | | | |
| Liitteet | <input type="checkbox"/> RaVa, RAI <input type="checkbox"/> Hoitotyön yhteenveto <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> Lääkelista <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ | | | | | | |
| Kotihoidon ohjaajan arvio | Asiakkaan päivätoiminnan tarpeesta ja kestosta | | | | | | |
| | Käyntipäivien määrästä / vko | | | | | | |
| | Erityistä huomioitavaa | | | | | | |
| | Päivämäärä | Kotihoidon ohjaaja | | | | | |
| Muuta mainittavaa | | | | | | | |
| Muita tietoja | Kotihoidon yhteystiedot, josta saa virka-aikaan tietoa asiakkaasta | | | | | | |
| | Onko omaishoidon tuen asiakas? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä | Omaishoidon tuesta päättävän viranhaltijan nimi ja puhelin | | | | | |
| Allekirjoitus | Paikka ja päivämäärä | | | Lähetäjän allekirjoitus | | | |
| | Puhelinnumero | | | Nimenselvennys ja nimike | | | |
| | Paikka ja päivämäärä | | | Päivätoiminnan ohjaaja | | Puhelin | |
| | | | | | | | |