

TOIMINTAKYKY JA PALVELUJEN TARVE *ennen nykyvaivan alkamista*

<p>Liikkuminen:</p> <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> avustettuna <input type="checkbox"/> kävelykeppi <input type="checkbox"/> kynnärsauvat <input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> vuodepotilas <p>Avun tarve päivittäisissä toiminnoissa:</p> <input type="checkbox"/> syöminen/juominen <input type="checkbox"/> henkilökohtaisen hygienian hoito <input type="checkbox"/> pukeutuminen <input type="checkbox"/> kontinenssi <p>Näkö:</p> <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> alentunut (silmälasit) <input type="checkbox"/> lähes sokea tai sokea <p>Kuulo:</p> <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> alentunut (kuulolaite) <input type="checkbox"/> lähes kuuro tai kuuro	<p>Psyykinen tila:</p> <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> ajoittain harhainen <input type="checkbox"/> sekava <input type="checkbox"/> aggressiivinen <p>Muistitoiminnot:</p> <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> lievästi häiriintynyt <input type="checkbox"/> keskivaikeasti häiriintynyt <input type="checkbox"/> vaikeasti häiriintynyt <p>Asuminen omassa kodissa:</p> <input type="checkbox"/> kerrostalo <input type="checkbox"/> rivitalo <input type="checkbox"/> omakotitalo <p>JOS tuettu asuminen, mikä</p> <input type="checkbox"/> perhekoti <input type="checkbox"/> ryhmäkoti <input type="checkbox"/> palveluasuminen <input type="checkbox"/> tehostettu palveluasuminen	<p>Asiakkaan säännölliset palvelut:</p> <input type="checkbox"/> kotihoito x vrk/vk/kk <input type="checkbox"/> lääkkeiden jako x vrk/vk/kk <input type="checkbox"/> ateriapalvelu x vk <input type="checkbox"/> muu palvelu, mikä: x vrk/vk/kk <p>Turvaranneke:</p> <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kulunvalvonta <p>Henkilökohtainen avustaja:</p> <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <p>Asiakkaan mukaan laitettu:</p> <input type="checkbox"/> silmälasit <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> hammasproteesit <input type="checkbox"/> liikkumisen apuväline, mikä? <input type="checkbox"/> avain <input type="checkbox"/> lompakko <input type="checkbox"/> puhelin
---	---	--

LÄHETTÄVÄN YKSIKÖN TIEDOT

Lähettävän yksikön nimi:

Osoite:

Yksikön puh. (24/7):

Lähettäjän nimi ja ammatti:

Päivämäärä:

Lisätietoja esim. asunnon kunto, esteettömyys (rappuset, kynnykset, kulkuväylät, tavaramäärä), siisteys, jääkaapin sisältö (tyhjä, vanhoja ruokia) jne.