

PÄIVÄKESKUSHAKEMUS

Päiväkeskus

<input type="checkbox"/> Jalmarin Koto	Finnentie 11, 36200 Kangasala
<input type="checkbox"/> Kanerva	Nuohoojantie 14, 36600 Pälkäne

Hakijan tiedot

Sukunimi ja etunimet (alleviivatkaa kutsumanimi)		Henkilötunnus
Nykyinen lähiosoite		
Postinumero ja postitoimipaikka		
Puhelinnumero	Väestökirjalain mukainen kotipaikka	
Siviilisäätty		
<input type="checkbox"/> naimisissa	<input type="checkbox"/> naimaton	<input type="checkbox"/> avoliitossa
<input type="checkbox"/> leski	<input type="checkbox"/> eronnut	

Lähiomainen, asianhoitaja, edunvalvoja

<input type="checkbox"/> lähiomainen	<input type="checkbox"/> asianhoitaja	<input type="checkbox"/> edunvalvoja
Sukunimi ja etunimi		Puhelinnumero
Lähiosoite		
Postinumero ja postitoimipaikka		

Hakijan asumismuoto

<input type="checkbox"/> kerrostalo	<input type="checkbox"/> rivitalo	<input type="checkbox"/> omakotitalo
<input type="checkbox"/> asuu yksin	<input type="checkbox"/> asuu yhdessä, kenen kanssa? _____	
Lisätietoja (esim. asumisen puutteet)		

Ulkopuolelta saatu apu

<input type="checkbox"/> Säännöllinen kotihoito	_____ krt / vk
<input type="checkbox"/> omainen kuka, ketkä? _____	_____ krt / vk
<input type="checkbox"/> joku muu kuka, ketkä? _____	_____ krt / vk
<input type="checkbox"/> säännöllinen lyhytaikaishoito (intervallihoito)	
<input type="checkbox"/> tilapäinen lyhytaikaishoito	
<input type="checkbox"/> tilapäinen kotihoito	
Lisätietoja	

Tukipalvelut

<input type="checkbox"/> ateriapalvelu	<input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/> kylvetyspalvelu
<input type="checkbox"/> päiväkeskus	<input type="checkbox"/> vapaaehtoistyö	<input type="checkbox"/> turvapalvelu

Omaishoidon tuki

<input type="checkbox"/> ei omaishoidon tukea	<input type="checkbox"/> omaishoidon tuki, omaishoitajan nimi ja sukulaisuussuhde: _____
---	--

Hoitoaika

Toivottu ajankohta / aloitusaika: _____

Hakijan toimintakyky

Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti kodin ulkopuolella	<input type="checkbox"/> itsenäisesti sisällä	<input type="checkbox"/> kävelyn apuväline, mikä? _____
	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon voi itse siirtyä	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon autettava	<input type="checkbox"/> liikkuminen on hyvin vähäistä ja avuntarve suuri
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
WC-käynnit	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Rakon toiminta	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> kastelee ajoittain	<input type="checkbox"/> kastelee jatkuvasti, käyttää vaippaa
Vatsan toiminta	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> ajoittain pidätyskyvytön	<input type="checkbox"/> käyttää vaippaa
Ruuan lämmitys	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Ruokailu	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Siivous	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Vaatehuolto	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Omien asioiden hoitaminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Vuorovaikutus (näkö, kuulo, kommunikointi)	<input type="checkbox"/> ei ole ongelmia	<input type="checkbox"/> on ongelmia, minkälaisia? _____	
Muisti	<input type="checkbox"/> muisti normaali	<input type="checkbox"/> ajoittain muistamaton	<input type="checkbox"/> muistamaton
Muistisairauteen liittyviä ongelmia	<input type="checkbox"/> sekava tai levoton	<input type="checkbox"/> aggressiivinen	<input type="checkbox"/> harhailu
Kuvaile, miten muistisairaus ilmenee ryhmässä			
Kotona asu- mista vaikeut- tavat tunteet	<input type="checkbox"/> pelokkuuden tunne voimakas	<input type="checkbox"/> turvattomuuden tunne voimakas	<input type="checkbox"/> yksinäisyyden tunne voimakas
Harhaisuus	<input type="checkbox"/> ei ole harhoja	<input type="checkbox"/> on harhoja (esim. näkö- ja kuuloharhat)	
Lääkkeiden otto	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Ongelmia lääkkeiden väärinkäytön, alkoholin tai muiden päihteiden kanssa	<input type="checkbox"/> ei ole	<input type="checkbox"/> on	

Perustelut päivätoiminnan tarpeesta

Asiakkaan tavoitteet ja toiveet päiväkeskustoimintapäiviin

Kulkeminen päiväkeskukseen: TARVITSEE KULJETUKSEN

TULEE OMALLA KYYDILLÄ

KÄVELEE ITSE KOTOA

Erityisruokavaliot, allergiat

Suostumus ja allekirjoitus

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 12 §:n mukaan asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa on annettava ne tiedot, joita tarvitaan sosiaalihuollon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Annan suostumukseni siihen, että palvelun myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa yhteistyötahoilta.

Paikka _____ Allekirjoitus _____
ja aika _____ hakija

Hakemuksen täyttämässä on avustanut (nimi ja puhelinnumero):

HAKEMUKSEN PALAUTUS

Postiosoite:

Kangasalan kaupunki
Jalmarin Koto / Päiväkeskus
Finnentie 11
36200 Kangasala

Käyntiosoite:

Kangasalan kaupunki
Sosiaali- ja terveyskeskus / kotihoito
Myllystenpohjantie 2
36200 Kangasala