

NOKIAN KAUPUNKI
Ikäihmisten palvelut
Nokianvaltatie 25 F
37100 NOKIA

PÄIVÄKESKUSHAKEMUS

Saapunut pvm ____/____/20__

Asiakkaan sijoituspaikka (sijoittaja täyttää)

Hakemuksen vastaanottaja

Orvokin päiväkeskus

Vastamajan päiväkeskus

| | |
|---|----------------------|
| Sukunimi ja etunimet | Henkilötunnus |
| Osoite | Puhelin |
| Lähin omainen | Puhelin |
| Osoite | |
| Yhteydenotot päiväkeskus asioissa asiakas <input type="checkbox"/> omainen <input type="checkbox"/> kotihoito <input type="checkbox"/> | |
| Sairaudet | |
| Psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky / muisti | |
| Fyysinen toimintakyky / fysioterapian tarve | |
| Ruokavalio | |
| Yliherkkyydet | |
| Lääkkeet mukana päiväkeskuksessa <input type="checkbox"/> | |

| Käytössä olevat apuvälineet päiväkeskuksessa | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tarvitsee kotihoidon avun aamulla lähtiessä <input type="checkbox"/> kotiin palatessa <input type="checkbox"/> (jos kh asiakas) | | | | | | | |
| Palveluiden käyttö | MA | TI | KE | TO | PE | LA | SU |
| kotihoito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kotisairaanhoido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kotihoidon yhteyshenkilön nimi ja puhelinnumero | | | | | | | |
| Päiväkeskukseen hakeutumisen syyt ja tavoitteet | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Suostun jatkohoidossa tarvittavien tietojen välittämiseen yksityisten palveluntuottajien käyttöön KYLLÄ EI

Hakija _____ / _____ 20__ _____
 allekirjoitus

Hakemuksen laatija _____ / _____ 20__ _____
 allekirjoitus