

NOKIAN KAUPUNKI
Ikäihmisten palvelut
Nokianvaltatie 25 A 3.krs.
37100 NOKIA**PÄIVÄKESKUSHAKEMUS**

Saapunut pvm ____/____ 20__

Asiakkaan sijoituspaikka (sijoittaja täyttää) _____ Hakemuksen vastaanottaja _____

Orvokkiryhmä Vastamajaryhmä

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin
Lähin omainen	
Osoite	Puhelin
Yhteydenotot päiväkeskus asioissa asiakas <input type="checkbox"/> omainen <input type="checkbox"/> kotihoito <input type="checkbox"/>	
Sairaudet	
Psyykkinen 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 kotiin palatessa (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:

Kotihoidon tiimin nimi:

Päiväkeskukseen hakeutumisen syyt ja tavoitteet

Suostun jatkohoidossa tarvittavien tietojen välittämiseen yksityisten palveluntuottajien käyttöön

KYLLÄ EI

Hakija _____ / _____ 20__ _____
allekirjoitus

Hakemuksen laatija _____ / _____ 20__ _____
allekirjoitus