

NOKIAN KAUPUNKI

 Ikäihmisten palvelut
 Nokianvaltatie 25 A 3.krs.
 37100 NOKIA

PÄIVÄKESKUSHAKEMUS

Saapunut pvm ____/____ 20__

Asiakkaan sijoituspaikka (sijoittaja täyttää)

Hakemuksen vastaanottaja

| | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| Hakijan sukunimi ja etunimet | Henkilötunnus |
| Osoite | Puhelin |
| Lähin omainen/yhteyshenkilö Nimi ja osoite | Puhelin |
| Yhteydenotot päiväkeskus asioissa | asiakas omainen kotihoito |

| | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Käyntipäivä toivomus | ma ti ke to pe Aloituspä (kiireellisyys): |
| Kuljetus päivätoimintaan | Oma kyyti: Päiväkeskuskuljetus: VPL matkat: Muu, mikä: |
| Lisätiedot päiväkeskus kuljettajalle | Apuvälineet: Saattaminen kotiin: Avustaminen: |

| | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Ruokavalio ja avuntarve ruokailuissa | |
| Kuulo | |
| Näkö | |
| Kommunikointi | |
| Lääkitys / lääkkeet mukana päivätoiminnassa | Asiakas kykenee itse huolehtimaan lääkkeiden oton? Kyllä Ei |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sairaudet, haavat, ihon kunto, yms. Kosketuseristys (MRSA, ESBL) | |
| Toimintakyky, apuvälineet | Liikkuuko apuvälineen kanssa itsenäisesti? Kyllä Ei Wc-käynnit (avuntarve, käyttääkö vaippoja) |
| Muisti/psyykkinen tila/sosiaalinen tila | (mahdollinen MMSE testin tulos) |
| Sauna / suihku Tarvitseeko pesun päivätoiminnassa? Kyllä Ei | Avuntarve pesussa: Ihon hoito: |
| Omaishoitajuus (omaishoidon vapaa) | Kyllä Ei |

Säännöllisen kotihoidon asiakkaat täyttävät:

| | | |
|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asiakasohjauksen yhteystiedot | Asiakasohjaaja | Puhelin |
| Kotihoidon yhteystiedot | Kotihoidon esimies | Puhelin |
| Kotihoidon yhteystiedot | Omahoitaja | Puhelin |
| Kotihoidon käynnit / käynti päivät | Lisätietoa käynneistä | Tarvitseeko kotihoidon avun aamulla lähtiessä / kotiin palatessa? Kyllä Ei |

Suostun jatkohoidossa tarvittavien tietojen välittämiseen yksityisten palveluntuottajien käyttöön

KYLLÄ EI

Hakija _____ / ____ 20____
allekirjoitus

Hakemuksen laatija _____ / ____ 20____
allekirjoitus