

SELVITYS TERVEYDENTILASTA PALVELUASUNTOA VARTEN

Lomakkeen täyttää ja allekirjoittaa, lääkäri, sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja

Nimi: _____

Sotu: _____

Osoite: _____

Puh. nro: _____

Yleiskunto

hyvä tyydyttävä heikko erittäin heikko

Diagnoosi

Nykyinen lääkitys

Liikkumis-/fyysinen toimintakyky:

<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> pyörätuolilla	<input type="checkbox"/> liikkuu yhden tukemana
<input type="checkbox"/> rajoittunut	<input type="checkbox"/> sauvoilla	<input type="checkbox"/> liikkuu kahden tukemana
<input type="checkbox"/> kepin avulla	<input type="checkbox"/> kävelytelineellä	<input type="checkbox"/> liikuntakyvytön
<input type="checkbox"/> tulee auttamatta toimeen	<input type="checkbox"/> osittain autettava	
<input type="checkbox"/> pystyy pukeutumaan itse	<input type="checkbox"/> tarvitsee apua	
<input type="checkbox"/> pystyy syömään itse	<input type="checkbox"/> tarvitsee apua	
<input type="checkbox"/> pystyy peseytymään itse	<input type="checkbox"/> tarvitsee apua	
<input type="checkbox"/> pystyy käymään WC:ssä	<input type="checkbox"/> tarvitsee apua	

Näkö:

hyvä kohtalainen

Kuulo:

heikko hyvä kohtalainen heikko

Sosiaalinen toimintakyky/ihmissuhteet

Älyllinen-/kognitiivinen-/psykkinen toimintakyky

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> asiallinen | <input type="checkbox"/> aloitekyvytön | <input type="checkbox"/> sekava |
| <input type="checkbox"/> muistihäiriötä | <input type="checkbox"/> masentunut | <input type="checkbox"/> harhoja |
| <input type="checkbox"/> muistamaton | <input type="checkbox"/> valvottava | <input type="checkbox"/> häiritsevä |

Tarvittava asumismuoto

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> asunto | <input type="checkbox"/> tehostettu palveluasuminen |
| <input type="checkbox"/> palvelutalo | <input type="checkbox"/> hoivakoti |

Lisätietoja: (mahdolliset palveluasunnon tarpeeseen vaikuttavat tekijät)

Paikka ja aika _____ Viranomaisen allekirjoitus: _____

Onko hakija kotihoidon asiakas

ei kyllä Kotihoidon alue _____

Oulun Palvelusäätiö saa luvallani selvittää kotihoidon hoitotietoni

ei kyllä

Paikka ja aika _____ Hakijan allekirjoitus: _____

Lisätietoja osoitteesta:

Oulun Palvelusäätiö sr.
Nummikatu 24, 90100 OULU
P. 044-703 5261