

SELVITYS TERVEYDENTILASTA PALVELUASUNTOA VARTEN

Lomakkeen täyttää ja allekirjoittaa sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö.

Nimi: _____

Sotu: _____

Osoite: _____

Puh. nro: _____

Yleiskunto

☐ Hyvä ☐ Tyydyttävä ☐ Heikko ☐ Erittäin heikko

Diagnoosi

Nykyinen lääkitys

Liikkumis-/fyysinen toimintakyky:

☐ Hyvä	☐ Pyörätuolilla	☐ Liikkuu yhden tukemana
☐ Rajoittunut	☐ Sauvoilla	☐ Liikkuu kahden tukemana
☐ Kepin avulla	☐ Kävelytelineellä	☐ Liikuntakyvytön
☐ Tulee auttamatta toimeen	☐ Osittain autettava	
☐ Pystyy pukeutumaan itse	☐ Tarvitsee apua _____	
☐ Pystyy syömään itse	☐ Tarvitsee apua _____	
☐ Pystyy peseytymään itse	☐ Tarvitsee apua _____	
☐ Pystyy käymään WC:ssä	☐ Tarvitsee apua _____	

Näkö:

☐ Hyvä ☐ Kohtalainen
☐ Ei näe

Kuulo:

☐ Heikko ☐ Hyvä ☐ Kohtalainen ☐ Heikko
☐ Ei kuule

Sosiaalinen toimintakyky/ihmissuhteet

Älyllinen-/kognitiivinen-/psyykkinen toimintakyky

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| ☐ Asiallinen | ☐ Aloitekyvytön | ☐ Sekava |
| ☐ Muistihäiriötä | ☐ Masentunut | ☐ Harhoja |
| ☐ Muistamaton | ☐ Valvottava | ☐ Häiritsevä |
| ☐ Oma-aloitteinen | | |

Tarvittava asumismuoto

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Asunto | ☐ Tehostettu palveluasuminen |
| ☐ Palvelutalo | ☐ Hoivakoti |

Lisätietoja: (mahdolliset palveluasunnon tarpeeseen vaikuttavat tekijät)

Paikka
ja aika _____

Viranomaisen
allekirjoitus: _____

Onko hakija kotihoidon asiakas

- ☐ Ei ☐ Kyllä

Kotihoidon
tuottaja: _____

Oulun Palvelusäätiö saa luvallani selvittää kotihoidon hoitotietoni

- ☐ Ei ☐ Kyllä

Paikka
ja aika _____

Hakijan
allekirjoitus: _____

Lisätietoja osoitteesta:

Oulun Palvelusäätiö sr.
Nummikatu 24, 90100 Oulu