Oulun Palvelusäätiö sr

SELVITYS TERVEYDENTILASTA PALVELUASUNTOA VARTEN

Lomakkeen täyttää ja allekirjoittaa sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö

Nimi: _____ Sotu: _____

Osoite: _____ Puh. nro: _____

Yleiskunto:

☐ hyvä ☐ tyydyttävä ☐ heikko ☐ erittäin heikko

Diagnoosit:

_____

_____

_____

_____

_____

Lääkitys:

_____

_____

_____

_____

Liikkumis- ja 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 ☐ heikko

☐ ei näe

Kuulo:

☐ hyvä ☐ kohtalainen ☐ heikko

☐ ei kuule

Oulun Palvelusäätiö sr

Sosiaalinen toimintakyky/ihmissuhteet

Älyllinen-/kognitiivinen-/psyykkinen toimintakyky:

- ☐ asiallinen
- ☐ muistihäiriöitä
- ☐ muistamaton
- ☐ aloitekyvytön
- ☐ masentunut
- ☐ valvottava
- ☐ sekava
- ☐ harhoja
- ☐ häiritsevä
- ☐ oma-aloitteinen

Tarvittava asumismuoto:

- ☐ tavallinen asunto
- ☐ ympärivuorokautinen palveluasuminen
- ☐ palvelutaloasunto

Lisätietoja: *(mahdolliset palveluasunnon tarpeeseen vaikuttavat tekijät)*

Onko hakija kykenevä hoitamaan omia asuntoasioitaan?

☐ ei ☐ kyllä

Onko hakija kotihoidon asiakas?

☐ ei ☐ kyllä Kotihoidon palveluiden tuottaja _____

Paikka ja aika:

Lomakkeen täyttäjän allekirjoitus ja nimen selvennys sekä virasto