

SELVITYS ASIAKKAAN TERVEYDENTILASTA PALVELUASUNTOA VARTEN

Lääkäri tai muu sosiaali- tai terveysalan asiantuntija täyttää ja allekirjoittaa lomakkeen.

Nimi: _____

Sotu: _____

Osoite: _____

Puh: _____

Asiakkaan yleiskunto:

- Hyvä Tyydyttävä Heikko Erittäin heikko

Diagnoosi(t): _____

Asiakkaan fyysinen toimintakyky:

- Hyvä Rajoittunut

Liikkuu:

- Kepin avulla/tukemana
 Pyörätuolilla
 Sauvoilla
 Kävelytelineellä

Tuen tarve liikkumisessa:

- Liikkuu yhden tukemana
 Liikkuu kahden tukemana
 Liikuntakyvytön

Päivittäiset toiminnot ja asiakkaan arjessa selviytyminen:

- Tulee auttamatta toimeen Osittain autettava Täysin avustettava

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pystyy pukeutumaan itse | <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua pukeutumisessa |
| <input type="checkbox"/> Pystyy syömään itse | <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua ruokailussa |
| <input type="checkbox"/> Pystyy peseytymään itse | <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua peseytymisessä |
| <input type="checkbox"/> Pystyy käymään wc:ssä | <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua wc-käynneillä |

Näkö:

Hyvä Kohtalainen Heikko

Kuulo:

Hyvä Kohtalainen Heikko

Asiakkaan sosiaalinen toimintakyky/ihmissuhteet

Asiakkaan kognitiivinen ja psyykinen toimintakyky

Asiallinen Aloitekyvytön Sekava
 Muistihäiriöitä Masentunut Harhoja
 Muistamaton Valvottava Häiritsevä

Suosittelaa hakijalle palveluasumista:

Kyllä Ei

Lisätietoja: (mahdolliset palveluasunnon tarpeeseen vaikuttavat tekijät)

Paikka ja aika:

Lomakkeen täyttäjän allekirjoitus, titteli ja nimenselvennys:

Onko hakija kotihoidon asiakas:

Ei Kyllä, alue: _____