

**PÄIVÄKESKUSHAKEMUS**

Hakemuksen saapumispäivä: \_\_\_\_\_

<b>1. MITÄ HAETAAN</b>	<input type="checkbox"/> <b>PÄIVÄKESKUS</b> , aikaisempi ryhmä <input type="checkbox"/> <b>TARVITSEN KULJETUKSEN</b> (maksullinen) <input type="checkbox"/> <b>JÄRJESTÄN KULJETUKSEN ITSE</b> (päiväkeskus on auki 7.30-15.00 / voi sopia henkilökunnan kanssa tulo- ja lähtöajan)  <input type="checkbox"/> <b>MAHDOLLISUUS PESEYTYMISEEN TARVITAAN, KOSKA</b> _____ _____  <input type="checkbox"/> <b>PÄIVÄKESKUS</b> , myöhäisempi ryhmä klo 10–18 (vain oma kuljetus)	
<b>2. HAKIJAN TIEDOT</b>	Nimi ja kotikunta	Henkilötunnus
	Osoite ja puhelinnumero	
<b>3. LÄHIOMAINEN TAI ASIOIDEN HOITAJA</b>	Lähiomaisen nimi, osoite ja puhelinnumero	Asioiden hoitajan nimi, osoite ja puhelinnumero
<b>4. HAKIJAN TAUSTATIEDOT JA TOIMINTAKYKY</b>	5.1 Nimeä kolme keskeisintä asiaa, mihin päiväkeskuskäynnillä tulee kiinnittää huomiota kotona selviytymisen tukemiseksi (esim. lihasvoima, hygienia, yksinäisyys, ruokailu tms.)  1. _____  2. _____  3. _____	

	<p>5.2 Toimintakykyä alentavat sairaudet</p> <p>Liikkuminen  <input type="checkbox"/> Omatoimisesti kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> Omatoimisesti sisällä <input type="checkbox"/> Apuvälineet, mitkä:          _____</p> <p>WC-käynnit  <input type="checkbox"/> Omatoimisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua jonkin verran <input type="checkbox"/> Tarvitsee runsaasti apua</p> <p>Muisti  <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Ongelmia muistissa, mitä: _____          _____</p> <p>Ruoka-aineallergiat / Dieetit: _____          _____          _____</p> <p>Käytössä olevat apuvälineet: _____          _____          _____</p> <p>Muut huomiot: _____          _____          _____</p>
<p>8. VALOKUVAUS</p>	<p><input type="checkbox"/> Annan suostumuksen valokuvaamiseen päiväkeskustoiminnan yhteydessä. Kuvia saatetaan käyttää yksikön toiminnan yhteydessä.</p>
<p>9. SUOSTUMUS</p>	<p>Suostun, että hoitopaikan järjestämiseen liittyviä terveydentilani koskevia tietoja voidaan käsitellä hoitopaikasta päättävissä terveydenhuollon ja kotihoidon yksiköissä sekä SAP -työryhmässä. Tietoja voidaan kirjata tehtävien edellyttämällä tavalla terveyspalveluiden ja kotihoidon yhteisesti pidettävään Effica-tietojärjestelmään.</p> <p><b>Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen</b></p> <p>_____</p> <p>Paikka ja päivämäärä <span style="float: right;">Hakijan allekirjoitus</span></p>

	<p>Lomakkeen täyttämässä avustanut henkilö nimi ja puhelinnumero</p> <p>_____</p> <p>Puhelinnumero</p> <p>_____</p>
<p>10. PALAUTUS</p>	<p><b>Hakemukset liitteineen toimitetaan osoitteeseen:</b></p> <p>Palveluohjaus Sairaalantie 11 42100 JÄMSÄ</p> <p>Lisätietoja Hanna-Leena Santaniemi, p. 040 507 9572 Pirkko Peltomaa, p. 040 064 6211 Kati Lahtinen, p. 040 568 2495</p>