

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_ Entinen ammatti: \_\_\_\_\_

 Asun yksin:  Kyllä  Ei

Asuinkumppanin nimi ja suhde hakijaan: \_\_\_\_\_

Lähiomaisen tai yhteyshenkilön nimi ja puhelinnumero: \_\_\_\_\_

 Tarvitsen kuljetuksen (5€)    Järjestän kuljetuksen itse

Päivätoiminnan aloituksen toive ja viikonpäivä: \_\_\_\_\_

Hakijan voimavarat, harrastukset, kiinnostukset: \_\_\_\_\_

Hakijan tavoitteet päivätoimintaan: \_\_\_\_\_

Lisätietoja hakijasta:

 Muisti:  Hyvä    Heikentynyt    Muistamaton   MMSE/CPS: \_\_\_\_\_ pvm \_\_\_\_\_

 Henkinen tila:  Asiallinen    Masentunut    Harhoja    Levoton    Päihdeongelma

 Kuulo, näkö, puhekyky:  Kuulo heikentynyt    Kuulolaite    Kuuro    Dys./Afasia

 Näkö heikentynyt    Muuta \_\_\_\_\_

 Liikkumiskyky:  Heikentynyt, mutta liikun yksin    Liikun avustettuna    Rollaattori

 Pyörätuoli    Muuta \_\_\_\_\_

 Toimintakyky:  Tarvitsen ruokailussa apua, millaista \_\_\_\_\_

Erityisruokavaliot: \_\_\_\_\_

 Tarvitsen apua pukemisessa, millaista \_\_\_\_\_

 Tarvitsen apua wc:ssä, millaista \_\_\_\_\_

 Käytän vaippahousuja/vaippoja

Hakemuksen saapumispäivämäärä \_\_\_\_\_



Sairaudet, allergiat tms. \_\_\_\_\_

Lääkitys: \_\_\_\_\_

Muut palvelut:  kotihoito/ksh: käynnit/vk \_\_\_\_\_ tiimi \_\_\_\_\_

Vuorohoito, kuinka usein \_\_\_\_\_

Omaishoito

Päivätoimintaa käytetään omaishoidontuen lakisääteisenä vapaana  
(lakisääteisiltä vapailta perittävä maksu 11,50€)

Muuta mainittavaa: \_\_\_\_\_

Ppky Selänteen päivätoiminta on tavoitteellista toimintaa, siksi kullekin asiakkaalle tehdään yksilölliset tavoitteet. Päivätoimintapäätös on voimassa 3 kk kerrallaan, minkä jälkeen asiakkaan jatkotarve päivätoiminnalle arvioidaan moniammatillisesti uudelleen.

Päivätoiminnan hintaan (15€) sisältyvät lounas, päiväkahvit sekä monipuolinen, toimintakykyä tukeva ohjelma ja käytetyt materiaalit. Kuljetus järjestetään tarvittaessa 5 euron lisämaksusta.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2.9.2000/812;

**16 § Suostumus tietojen antamiseen**

**17 § Salassa pidettävien tietojen antaminen asiakkaan hoidon ja huollon turvaamiseksi**

**20 § Velvollisuus antaa sosiaalihuollon viranomaiselle salassa pidettäviä tietoja**

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys

**Hakemus toimitetaan:**

Ppky Selänne

Haapajärven terveyskeskus

Palveluohjaaja Leena Sikala

Männistökatu 6

85800 HAAPAJÄRVI