

SELVITYS ASIAKKAAN TERVEYDENTILASTA PALVELUASUNTOA VARTEN

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

Nimi: _____ Sotu: _____

Osoite: _____ Puh. num. _____

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

Pystyy pukeutumaan itse Tarvitsee apua pukeutumisessa
 Pystyy syömään itse Tarvitsee apua ruokailussa
 Pystyy peseytymään itse Tarvitsee apua peseytymisessä
 Pystyy käymään wc:ssä Tarvitsee apua wc-käynneillä

Näkö:

Hyvä Kohtalainen Heikko

Kuulo:

Hyvä Kohtalainen Heikko

Asiakkaan sosiaalinen toimintakyky/ihmissuhteet

Asiakkaan kognitiivinen ja psyykinen toimintakyky

Asiallinen Aloitekyvytön Sekava
 Muistihäiriötä Masentunut Harhoja
 Muistamaton Valvottava Häiritsevä

Suosittelaa hakijalle palveluasumista:

Kyllä Ei

Lisätietoja: (mahdolliset palveluasunnon tarpeeseen vaikuttavat tekijät)

Paikka ja aika:

Lomakkeen täyttäjän allekirjoitus ja nimenselvennys:

Onko hakija kotihoidon asiakas: Ei Kyllä, alue: _____