**Hakemus ikäihmisten kuntouttavaan päivätoimintaan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Asiakkaan tiedot** | Nimi: | | | | Henkilötunnus: |
| Lähiosoite: | | | | Puhelin: |
| Postinumero: | | | Postitoimipaikka: | |
| **Lähiomainen/**  **asioiden hoitaja**  **edunvalvoja** | Nimi: | | | | Henkilötunnus: |
| Lähiosoite: | | | | Puhelin: |
| Postinumero: | | | Postitoimipaikka: | |
| **Asuminen** | yksin | puoliso | jonkun kanssa, kenen? | | |
| **Käytössä olevat**  **palvelut** | ateriapalvelu, kuinka usein?       / viikossa  kuljetuspalvelu  turvapuhelin  kotihoito, kuinka usein?       käynnit/vuorokausi       h/viikko  muut palvelut? | | | | |
| **Perustelu**  **päivätoiminnan**  **tarpeesta** | omaishoidettava  diagnosoitu muistisairaus  akuutti elämätilanteen muutos  muu syy, mikä? | | | | |
| **Päivätoiminnan**  **tarve** | päivätoiminta | | | | |
| **Tietoja** | Perus sairaudet:  Päivätoiminnassa otettavat lääkkeet:  Erityisruokavalio:  Apuvälineet:  Liikkuminen:  Voimavarat, harrastukset, kiinnostukset:  Erittäminen (onko vaipat käytössä, avun tarve): | | | | |
| **Muut** | Asiakkaan tavoite päivätoimintaan: | | | | |

Päiväys: Allekirjoitus:

     .     .      ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hakemuksen täyttämisessä auttoi                           puh.

Hakemus lähetetään: ko. kunnan päivätoimintaan.

Hakemus saapunut päivätoimintaan (päivätoiminta täyttää)      .     .

Hakemuksen palautus

Kajaani Kuurnantie 7, 87250 Kajaani

Paltamo Sairaalatie 7, 88300 Paltamo

Ristijärvi Aholantie 25, 88400 Ristijärvi

Hyrynsalmi Laskutie 2 C 10, 89400 Hyrynsalmi

Suomussalmi Välskärinkuja 2 89600 Suomussalmi

Kuhmo Koulukatu 10, 88900 Kuhmo

Sotkamo Keskuskatu 9, 88600 Sotkamo