# RINTAMAVETERAANIEN

# KUNTOUTUSPÄÄTÖS

# kunta/kaupunki

# ILMOITTAUDUN

laitoskuntoutukseen  ryhmämuotoiseen kuntoutukseen

päiväkuntoutukseen  sopeutumisvalmennuskurssille

avokuntoutukseen  fysio- / puhe- / toimintaterapiaan

kotikuntoutukseen  jalkahoitoon

puolisokuntoutukseen, veteraanin nimi:       sotu:

| Hakijan  henkilö-tiedot | Suku- ja etunimet | | | | | | | Henkilötunnus | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lähiosoite | | | | | | | Postitoimipaikka | |
| Asuinkunta | | Puhelinnumero | | | | | Ammatti (myös entinen) | |
| Rintamasotilas- tai palvelustunnus  myöntämispäivämäärä, numero ja sotilaspiiri | | | | | | | | |
| Terveyden-tila | Lääkärin toteamat sairaudet: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Nykyinen lääkitys: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Eniten hoitoa kaipaava vaiva tällä hetkellä: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Sosiaali-nen tilanne | Perhetilanne avio- / avoliitto  naimaton  leski, vuodesta  eronnut | Asumismuoto omakotitalo  kerros- / rivitalo  palvelutalo  omaisen kanssa | | | | | Lähiomainen Nimi | | |
| Osoite | | |
| Puhelin | | |
| Toiminta-kyky | Liikkuminen ei vaikeuksia  sisällä vaikeaa  ulkona vaikeaa | Asiointi pankissa, kaupassa, jne.  ei vaikeuksia  jonkin verran vaikeuksia  tarvitsee apua, missä  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Ruokailu ei vaikeuksia  tarvitsen apua  syömisessä  ruoan keräilyssä | | |
|  | Peseytyminen ei vaikeuksia  tarvitsen apua  suihkussa  saunassa  hampaiden pesussa | Pukeutuminen ei vaikeuksia  jonkin verran vaikeuksia  tarvitsee apua, missä | | | | | Pidätyskyky molemmat normaaleja  ulosteen pidätys huono  virtsan pidätys huono  vaipat käytössä | | |
|  | | | | |
|  | Viestintä ei vaikeuksia  puheen tuottaminen vaikeaa  puheen ymmärtäminen vaikeaa | Kodin työt ei vaikeuksia  jonkin verran vaikeuksia  tarvitsen apua,  missä | | | | | Mieliala ja muisti ei erityistä  masennusta  muisti heikentynyt  muistisairaus todettu  muuta, mitä | | |
|  | | | | |
|  | | |
|  | Näkö normaali  heikentynyt  en selviydy ilman apua | Kuulo normaali  heikentynyt  kuulokoje | | | | | Ihmissuhteet ei erityistä  haluaisin enemmän yhteyksiä toisiin ihmisiin | | |
|  | Apuvälineet | | | | | | | | |
| keppi  rollaattori, kelkka  pyörätuoli  muu, mikä: | | | | |  | | | |
| Harras-tukset | Yhdistystoiminta, ystävät, naapurit | | | | | | | | |
| ei  kyllä, mitä | | |  | | | | | |
| Liikunta- ja vapaa-ajan harrastukset | | | | | | | | |
| ei  kyllä, mitä | | |  | | | | | |
| Palvelut | Käytättekö nykyisin seuraavia palveluita Ei Kyllä  Kotipalvelu  Kotisairaanhoito  Kuljetuspalvelut  Ateriapalvelut  Omainen/omaishoitaja  Muu, mikä | | | | | | | | Kuinka usein |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Kuntoutus-tilanne | Milloin olette viimeksi olleet veteraanikuntoutuksessa?  Milloin ja missä | | | | | | | | |  |
| Saatteko tällä hetkellä kuntoutusta jostakin muualta  Ei  Kyllä, kenen maksamana | | | | | | | | |
| Allekirjoitus | Paikka ja aika Allekirjoitus       .20 | | | | | | | | |
| Päätös | Myönnetty laitoskuntoutus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  päiväkuntoutus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_päivää  avokuntoutus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  kotikuntoutus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kertaa  jalkahoitoa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kertaa | | | | ryhmäkuntoutusta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  sopeutumisvalmennuskurssi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  fysio-/ puhe-/ toimintaterapiaa \_\_\_\_\_\_\_\_kertaa  kuntoutus hylätty, syy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Toimintakykyluokka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | *Päätökseen tyytymättömällä on oikeus hakea muutosta****Kainuun hyvinvointialue hallituksen yksilöasioiden jaostoon.*** *Mainitulle viranomaiselle kirjallisesti osoitettu vaatimus on annettava tai toimitettava viimeistään 30 päivän kuluessa siitä, kun päätös on annettu postin kuljetettavaksi.*  *Määräaikaa laskettaessa ei tiedoksiantopäivää lueta määräaikaan.*  **Oikaisuvaatimusosoite: Kainuun hyvinvointialueen hallituksen yksilöasioiden jaosto, PL 400, 87070 Kainuu** | | | | | | | | |  | |
|  | Paikka ja aika Hyväksyjän allekirjoitus §  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |

Veteraanikuntoutusasioiden hoitajat terveysasemilla.

Täytetyt hakemuslomakkeet pyydetään toimittamaan hakijan kotikuntaan.

Hyrynsalmi: Tuula Turpeinen

Hyrynsalmen terveysasema

Kiviöntie 11

89400 HYRYNSALMI

Tiedustelut puh. 044 797 0561

Kajaani: Paula Ålander

Kainuun keskussairaala

Kuntoutuspoliklinikka, F-rakennus, 3 krs

Sotkamontie 13

87300 KAJAANI

Tiedustelut puh. 044 797 4119

Kuhmo: Tuija Komulainen

Kuhmon terveysasema

Kirkkotie 16–20

88900 KUHMO

Tiedustelut puh. 044 797 5621

Paltamo: Katariina Saukkonen

Paltamon terveysasema

Sairaalantie 7

88300 PALTAMO

Tiedustelut puh. 044 288 5216 **Huom! tiistaisin klo 10.00-12.00.**

Puolanka: Saija Räisänen

Terveystalo Kuntaturva Oy

Ouluntie 13

89200 PUOLANKA

Tiedustelut puh. 044 797 4183

Ristijärvi: Pirjo Heikkinen

Perusturvatoimisto

Aholantie 25

88400 RISTIJÄRVI

Tiedustelut puh. 044 715 9319

Suomussalmi: Anu Setälä

Suomussalmen terveysasema

Välskärinkuja 2

89600 SUOMUSSALMI

Tiedustelut puh. 040 636 3545

Sotkamo: Meriläinen Aira

Sotkamon terveysasema

Markkinatie 1

88600 SOTKAMO

Tiedustelut puh. 044 750 2438