

SELVITYS TERVEYDENTILASTA PALVELUASUNTOA VARTEN

Lomakkeen täyttää ja allekirjoittaa, sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö

Nimi: _____

Sotu: _____

Osoite: _____

Puh. nro: _____

Yleiskunto

☐ hyvä ☐ tyydyttävä ☐ heikko ☐ erittäin heikko

Diagnoosi

Nykyinen lääkitys

Liikkumis-/fyysinen toimintakyky:

☐ hyvä	☐ pyörätuolilla	☐ liikkuu yhden tukemana
☐ rajoittunut	☐ sauvoilla	☐ liikkuu kahden tukemana
☐ kepin avulla	☐ kävelytelineellä	☐ liikuntakyvytön
☐ tulee auttamatta toimeen	☐ osittain autettava	

☐ pystyy pukeutumaan itse	☐ tarvitsee apua
☐ pystyy syömään itse	☐ tarvitsee apua
☐ pystyy peseytymään itse	☐ tarvitsee apua
☐ pystyy käymään WC:ssä	☐ tarvitsee apua

Näkö:

☐ hyvä ☐ kohtalainen

Kuulo:

☐ heikko ☐ hyvä ☐ kohtalainen ☐ heikko

☐ ei näe

☐ ei kuule

Sosiaalinen toimintakyky/ihmissuhteet

Älyllinen-/kognitiivinen-/psyykkinen toimintakyky

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| ☐ asiallinen | ☐ aloitekyvytön | ☐ sekava |
| ☐ muistihäiriötä | ☐ masentunut | ☐ harhoja |
| ☐ muistamaton | ☐ valvottava | ☐ häiritsevä |
| ☒ oma-aloitteinen | | |

Tarvittava asumismuoto

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ asunto | ☐ tehostettu palveluasuminen |
| ☐ palvelutalo | ☐ hoivakoti |

Lisätietoja: (mahdolliset palveluasunnon tarpeeseen vaikuttavat tekijät)

Paikka ja aika _____ Viranomaisen allekirjoitus: _____

Onko hakija kotihoidon asiakas

☐ ei ☐ kyllä Kotihoidon tuottaja _____

Oulun Palvelusäätiö saa luvallani selvittää kotihoidon hoitotietoni

☐ ei ☐ kyllä

Paikka ja aika _____ Hakijan allekirjoitus: _____

Lisätietoja osoitteesta:

Oulun Palvelusäätiö sr.
Nummikatu 24, 90100 OULU