



HAKEMUS PÄIVÄTOIMINTAAN

Hakijan henkilötiedot

Hakijan nimi		Sotu
Osoite		Puh
Yhteyshenkilö	osoite	puh
Miksi tarvitsen päivätoimintaa <input type="checkbox"/> Omaishoidettava <input type="checkbox"/> Muistisairaus <input type="checkbox"/> Muu syy, mikä _____		
Liikkuminen: (itsenäinen, apuvälineillä, ohjattava, avustettava)		
Apuvälineet: (liikkumisen, kuulon ja näön apuvälineet, ym. apuvälineet)		
Erityisruokavalio:		
Päivätoiminnassa otettavat lääkkeet:		
Lisätietoja/huomioitavia asioita (vaipat, haavan hoito, huomioitavat sairaudet)		
Voimavarat, harrastukset, kiinnostukset:		
Tavoitteet päivätoiminnalle:		
Haluan osallistua päivätoimintaan _____ kertaa/vko _____ käyntipäivät		<input type="checkbox"/> Koko päivä (9-15) <input type="checkbox"/> Puolipäivä (max 3h/pv)

Tietojani saa luovuttaa muille hoitoon osallistuville sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille ja asiakasrekisteriin.

Kyllä

Ei

Päiväys

Allekirjoitus

Lisätietoja/ hakemus palautetaan

Vt. Hyvinvointijohtaja
Tiia Gustavson
Lapinjärventie 20, 07800
Lapinjärvi Puh. 050 432 6228