

HENKILÖTIEDOT	Sukunimi ja etunimet (puhuttelunimi alleviivattuna)	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
LÄHIOMAINEN TAI ASIOIDEN HOITAJA	Nimi	Sukulaisuussuhde
	Osoite	Puhelinnumero
Oletteko kotihoidon asiakas <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
Kotihoidon alue <input type="checkbox"/> Pohjoinen <input type="checkbox"/> Eteläinen <input type="checkbox"/> Itäinen <input type="checkbox"/> Läntinen		
Oletteko omaishoidontuen asiakas <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
Oletteko kotikuntoutuksen asiakas <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
Oletteko lyhytaikaishoidon asiakas <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
PÄIVÄTOIMINTA, JOHON HAETTE	<input type="checkbox"/> Viikoittainen, kokopäiväinen päivätoiminta (6h) <input type="checkbox"/> Päivätoiminta joka 2.viikko <input type="checkbox"/> Puolipäiväinen päivätoiminta (4h) Tarvitsetteko kuljetuspalvelua päästäksenne päivätoimintaan? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
PÄIVÄTOIMINNAN TARVE	<input type="checkbox"/> Omaishoitajan lepo <input type="checkbox"/> Sosiaalinen kanssakäyminen <input type="checkbox"/> Muu syy, mikä?	
Muut harrastukset, kerhotoiminta tai muu vastaava, johon osallistutte ja kuinka usein?		
Odotuksenne ja tavoitteet päivätoiminnalle		

RAUMAN KAUPUNKI

Sosiaali- ja terveystoimiala, Vanhuspalvelut
PL 283
26101 RAUMA
www.rauma.fi

Hyvinvointia edistävät toiminnot, Päivätoiminta
Koilahdentie 256
26720 MONNANNUMMI
040 180 9806
etunimi.sukunimi@rauma.fi

LÄÄKKEIDEN OTTAMINEN	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsen muistuttamista <input type="checkbox"/> Tarvitsen apua ja valvontaa Lääkkeet, joita tarvitsen päiväkeskuspäivän aikana (lääkkeen nimi ja ottoaika)		
TOIMINTAKYKY			
Näkö	<input type="checkbox"/> Hyvä	<input type="checkbox"/> Heikko	<input type="checkbox"/> Sokea
Kuulo	<input type="checkbox"/> Hyvä	<input type="checkbox"/> Alentunut	<input type="checkbox"/> Kuuro
	Käytättekö kuulon apuvälineitä?		<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Puhe	<input type="checkbox"/> Normaali	<input type="checkbox"/> Epäselvä	<input type="checkbox"/> Afasia (puheen tuottamisen ja/tai ymmärtämisen häiriö)
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/> Keppi	<input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Pyörätuoli
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä _____		
Ruokailu	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/> Ohjattava	<input type="checkbox"/> Ruoka tarjoillaan eteen <input type="checkbox"/> Syötetään
Onko teillä erityisruokavalioita?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	
	Mikä ruokavalio? _____		
WC-käynnit	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/> Ohjattava	<input type="checkbox"/> Avustettava
Onko teillä käytössä	<input type="checkbox"/> Vaippa	<input type="checkbox"/> Katetri	<input type="checkbox"/> Avanne
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä _____		
Muisti	<input type="checkbox"/> Normaali	<input type="checkbox"/> Alentunut	<input type="checkbox"/> Muistamaton
Muistitesti (MMSE)	<input type="checkbox"/> Tehty ____ / ____ 20 tulos ____ / ____		<input type="checkbox"/> Ei käytettävissä
Toimintakykymittari (RAVA)	<input type="checkbox"/> Tehty ____ / ____ 20 tulos ____ / ____		<input type="checkbox"/> Ei käytettävissä
Muuta huomioitavaa			
Lisäkuvaus toimintakyvystä			
ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika		
	/ 20		
Allekirjoitus ja nimenselvitys			
VIRKAILIJA TÄYTTÄÄ	Hakemuksen saapumispäivä		Saanut päivätoimintapaikan
	/ 20		/ 20

RAUMAN KAUPUNKI

 Sosiaali- ja terveystoimiala, Vanhuspalvelut
 PL 283
 26101 RAUMA
 www.rauma.fi

 Hyvinvointia edistävät toiminnot, Päivätoiminta
 Koilahdentie 256
 26720 MONNANUMMI
 040 180 9806
 etunimi.sukunimi@rauma.fi