



SUONENJOKI  
Vanhuspalvelut/Kotihoito  
Tuki- ja Turvapalvelut/Päiväkeskus

## HAKEMUS IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄKESKUS TOIMINTAAN

### ASIAKKAAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Lähiosoite	Siviilisääty
Postitoimipaikka	Puhelin

### ASUMINEN

Yksin ( ) Yhdessä ( ) Kenen kanssa:	
ok-talo ( ) rivitalo ( ) kerrostalo ( ) Monesko asuin kerros _____ Hissi kyllä ( ) ei ( ) Lämmitys: puu ( ) sähkö ( ) muu mikä:	Asunnon varustetaso: sisä wc ( ) ulko wc ( ) pesuhuone sisätiloissa ( ) ulkosauna ( ) Esteetön pääsy suihkuun kyllä ( ) ei ( ) Millainen ongelma:

### KENELLE SAA ANTAA TIETOJA

Omaisien / yhteyshenkilön nimi ja suhde asiakkaaseen	
Lähiosoite	Puhelin
Postitoimipaikka	Työpuhelin

### TIETOJA TOIMINTAKYVYSTÄ JA TERVEYDENTILASTA

Näkö: normaali ( ) heikentynyt ( ) apuväline:	Kuulo: normaali ( ) heikentynyt ( ) apuväline:	Puhe: normaali ( ) heikentynyt ( ) apuväline:
Liikkuminen sisällä: itsenäisesti ( ) avustettuna ( )  Liikkuminen ulkona: itsenäisesti ( ) avustettuna ( )  Liikkumisen ongelma ja apuvälineet:	Pukeutuminen itsenäisesti ( ) avustettuna ( )  Missä tarvitset apua:	



SUONENJOKI  
Vanhuspalvelut/Kotihoito  
Tuki- ja Turvapalvelut/Päiväkeskus

## HAKEMUS IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄKESKUS TOIMINTAAN

<p>Ruokailu: itsenäisesti ( ) avustettuna ( ) ruoka soseutettava ( )</p> <p>muuta huomioitavaa ruokailussa, erityisruokavaliot:</p>	<p>WC-käynnit: onnistuu yksin ( ) tarvitsen apua ( )</p>
---	--

### SAIRAUDET

<p>Diagnoosit:</p>	<p>Allergiat:</p>
<p>Lääkitys: osaan ottaa itsenäisesti ( ) annettava aamulääkkeet ( ) annettava päivälääkkeet ( )</p> <p>Käytössäni on nitrot ( ) dinit-suihke ( )</p>	
<p>Muisti heikentynyt kyllä ( ) ei ( )</p> <p>Lisätietoja:</p>	<p>mmse _____ pvm _____</p>

### KOTONA ANNETTAVAT PALVELUT

<p>Suonenjoen kaupungin kotihoito ( ) Kotisairaanhoidtaja ( )</p> <p>Yksityinen ( ) kuka</p> <p>Käyntien lukumäärä ja sisältö:</p>
--



SUONENJOKI  
Vanhuspalvelut/Kotihoito  
Tuki- ja Turvapalvelut/Päiväkeskus

## HAKEMUS IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄKESKUS TOIMINTAAN

### ASIAKKAAN TUKIPALVELUT JA SOSIAALIETUUDET

Ateriapalvelu: Mistä _____	Myönnetty
Kauppapalvelu: Mistä _____	Kuljetustuki: kyllä ( ) ei ( )
Siivouspalvelu: Mistä _____	Omaishoidon tuki: kyllä ( ) ei ( )
Muu, mikä?	Eläkkeensaajan hoitotuki: kyllä( ) ei ( )

### PÄIVÄTOIMINNAN TAVOITTEET

Miksi haluatte päiväkeskukseen?
Omat odotuksenne/toiveenne päivätoiminnan sisällöstä?
Mistä asioista saatte voimaa arkeenne?
Peseytymisen/saunan tarve päiväryhmässä: kyllä( ) ei ( ) Mikä on itsenäisen peseytymisen ongelma:
Kulkeminen päiväkeskukseen: Tulen päiväkeskukseen yhteisellä taksilla ( ) omalla kyydillä ( )

Oletteko tyytyväinen elämäänne? kyllä ( ) ei ( ) Mikä tämän aiheuttaa:	Psyykinen toimintakyky  Sosiaalinen toimintakyky ja verkosto
Asioita joista pidän	Asioita joista en pidä



SUONENJOKI  
Vanhuspalvelut/Kotihoito  
Tuki- ja Turvapalvelut/Päiväkeskus

## HAKEMUS IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄKESKUS TOIMINTAAN

### VALOKUVAAMINEN

Minusta saa ottaa valokuvia. ( ) Minusta ei saa ottaa valokuvia. ( )

Valokuvia voidaan käyttää esitteiden teossa, kaupungin kotisivuilla internetissä ja mahdollisesti julkaistavissa lehtijutuissa. Valokuvat ovat päiväkeskuksella yhteisessä valokuva albumissa toistenkin päiväkeskus ryhmien nähtävissä.

### ALLEKIRJOITUS

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_

Hakijan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Lomakkeen täytössä minua auttoi / lisätietoja voi kysellä (nimi ja puhelinnumero)

Hakemus palautetaan:	Lisätietoja puh:
Suonenjoen kaupunki	Vanhuspalvelupäällikkö 040 5146
Päiväkeskus	549
Sairaalapolku 5	Kotihoidon palveluesimies 040 758 1551
77600 Suonenjoki	Päiväkeskus 044 758 1483
	044 758 1488

SAS-TYÖRYHMÄ Pvm: \_\_\_\_\_

Hakija soveltuu päiväkeskus palvelun piiriin \_\_\_\_\_  
Päiväkeskus palvelu ei sovellu hakijalle \_\_\_\_\_