



SENIORIKESKUSHAKEMUS

HAKIJAN HENKILÖ- TIEDOT	Sukunimi ja etunimet:	Henkilötunnus
	Osoite:	Puhelinnumero:
	Postinumero ja -toimipaikka	
	Lähiomainen (sukulaisuussuhde) ja yhteystiedot:	
LOMAKKEEN TÄYTTÄJÄ ja yhteystiedot		
APUVÄLINEET	<input type="checkbox"/> Keppi <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Muuta	
KUULO	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> alentunut	
NÄKÖ	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikentynyt	
PSYKKINEN TILA	Muisti <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Heikentynyt <input type="checkbox"/> Muistamaton	
KONGINIIVINEN	Henkinen tila <input type="checkbox"/> Asiallinen <input type="checkbox"/> Masentunut	
ERITYISRUOKA- VALIO		
HAKIJAN TERVEYDENTILA JA AVUNTARVE Omin sanoin, miksi haluaisi seniori- keskus toimintaan	<hr/> <hr/> <hr/>	

PALVELUT Tällä hetkellä	<input type="checkbox"/> Kotihoito _____/kertaan pv/vko/kk <input type="checkbox"/> Omainen <input type="checkbox"/> ateriapalvelu <input type="checkbox"/> kylvetyspalvelu <input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> omaishoidontuki <input type="checkbox"/> siivouspalvelu <input type="checkbox"/> asiointipalvelu <input type="checkbox"/> turvapuhelin, kunta / JOKITA
KULJETUS	<input type="checkbox"/> tarvitsee kuljetuksen <input type="checkbox"/> ei tarvitse kuljetusta
SUOSTUMUS PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	Suostun siihen, että tässä lomakkeella olevia tietojani saadaan käyttää hakemustani käsittelevässä palvelunohjausyhteistyöryhmässä (POT). <input type="checkbox"/> KYLLÄ <input type="checkbox"/> EI _____ Aika ja paikka Allekirjoitus
LISÄTIEDOT LOMAKKEEN PALAUTUS	Terveystoimittaja Matleena Häätylä, p. 040-707 4163 Lähihoitaja Pirjo Lahtinen p. 040-3508711 Lomakkeen voi palauttaa kotihoidon toimistoon tai kotihoidon työntekijälle. Päätöksen seniorikeskuspaikasta tekee kotihoidon esimies Marjatta Virtanen