



## HAKEMUS/

### Asumisen arviointi- ja harjoittelupalvelut

#### HAKIJAN TIEDOT

Sukunimi \_\_\_\_\_ Etunimet \_\_\_\_\_

Syntymäaika ja henkilötunnuksen loppuosa \_\_\_\_\_

Kotikunta \_\_\_\_\_ Lähiosoite \_\_\_\_\_

Postinumero \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_ E-mail os. \_\_\_\_\_

Työssä / ammatti \_\_\_\_\_

Opiskelija / koulutusohjelma \_\_\_\_\_

Eläkkeellä \_\_\_\_\_ vuodesta  Sairauspäiväraha \_\_\_\_\_

Lähiomaisen yhteystiedot:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ASUMISEN ARVIOINTI- JA HARJOITTELUJAKSO

Toivomasi asumisen arviointi- ja harjoittelujakson ajankohta: \_\_\_\_\_

Tavoitteet / toiveet jaksolle:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Muuta huomioitavaa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### VAMMA/ SAIRAUUS

Diagnoosit:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sairastumis/vammautumivuosi: \_\_\_\_\_

Hoitava lääkäri: \_\_\_\_\_

Lääkitys: \_\_\_\_\_

Huolehdin lääkkeistäni itse       Tarvitsen apua

Allergiat:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erityisruokavalio:

\_\_\_\_\_

## KUNTOUTUS/ SOSIAALITYÖ

Kuntoutussuunnitelma voimassa       kyllä       ei

Fysioterapeutti: \_\_\_\_\_

Toimintaterapeutti: \_\_\_\_\_

Puheterapeutti: \_\_\_\_\_

Jatkuuko terapiasi asumisen arviointi- ja harjoittelujakson aikana?

kyllä, kuka toteuttaa \_\_\_\_\_  ei

Kuntoutussuunnitelma on voimassa: \_\_\_\_\_ asti

Kuntoutussuunnitelman sisältö lyhyesti:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sosiaalityöntekijä: \_\_\_\_\_

Vakuutusyhtiö: \_\_\_\_\_

Käsittelijän nimi: \_\_\_\_\_ Vahinkonumero: \_\_\_\_\_

Onko sinulla edunvalvoja:

kyllä       ei

## TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE PÄIVITTÄISISSÄ TOIMINNOISSA

Tarvitsen apua seuraavissa toiminnoissa:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Siirtyminen          | <input type="checkbox"/> Liikkuminen sisällä           | <input type="checkbox"/> Liikkuminen ulkona |
| <input type="checkbox"/> Kommunikointi        | <input type="checkbox"/> Kirjoittaminen                | <input type="checkbox"/> Lukeminen          |
| <input type="checkbox"/> Ruokaileminen        | <input type="checkbox"/> Pukeutuminen/ riisuminen      |   |
| <input type="checkbox"/> Peseytyminen         | <input type="checkbox"/> Eristystoiminta/ WC-toiminnot | <input type="checkbox"/> Hygienia           |
| <input type="checkbox"/> Yöaikainen avuntarve | <input type="checkbox"/> Kodinhoito                    | <input type="checkbox"/> Asiointi           |

Muu avun tarve:

---

Miten avustamisesi on tällä hetkellä järjestetty?

---

---

Käytössä olevat apuvälineet ja hoitotarvikkeet:

---

---

---

**MUUT TIEDOT** (esim. kohtausten ensiapu, hoito-ohjeet)

---

---

---

## TIETOJEN LUOVUTUS

Asumisen arviointi- ja harjoittelujakson tietojani saa luovuttaa asumis- ja kuntoutusasioita hoitaville yhteistyötahoille.

- kyllä       ei

Paikka \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Jos olet saanut apua tämän lomakkeen täyttämässä, lisää tähän avustajan yhteystiedot:

---

---

## HAKEMINEN

Täytä sähköinen hakemus internetsivuillamme, tai tulosta ja lähetä hakemuksesi täytettynä osoitteeseen:

Caritas-Säätiö  
Asumisen arviointi- ja harjoittelupalvelut  
Toimintaterapeutti Anu Lappalainen  
Kapellimestarinkatu 2  
90150 Oulu

### Lisätietoja antaa:

Toimintaterapeutti Anu Lappalainen  
puh. 040 184 1596 ja internetsivuiltamme osoitteesta  
[www.caritas-saatio.fi](http://www.caritas-saatio.fi)