

VETERAANITALOSÄÄTIÖ**RINTAMAVETERAANIIEN KUNTOUTUSHAKEMUS**

VUODELLE _____

KL 1 2 3

1. NIMI _____ HENKILÖTUNNUS _____ - _____

OSOITE _____ PUH. _____

2. AIKAISEMPI VETERAANIKUNTOUTUS

| | | |
|--------------------|-------------|---------------|
| Kuntoutuslaitos | Missä _____ | Milloin _____ |
| Päiväkuntoutus | Missä _____ | Milloin _____ |
| Fysikaalinen hoito | Missä _____ | Milloin _____ |

3. Ympyröi kaikista oikea vaihtoehto

| | | | |
|---------------|----------------|-------------|---------------|
| Kuulo | normaali | heikentynyt | kuulokoje |
| Muisti | normaali | heikentynyt | huono |
| Näkö | normaali/lasit | heikentynyt | näkövammainen |

4. SELVIYTYMINEN PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA, liikuntakyky

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|-------------|
| Pystyn kulkemaan lepäämättä | alle 200 m | alle 500 m | alle 1000 m | yli1000 m |
| Portaiden nousu | ei onnistu lainkaan | 5 porr (ulkoport.) | 20 porr (1 krs) | onnistuu |
| Apuväline | pyörätuoli | kävelyteline | kyynärsauva(t) | keppi |
| Apuvälineiden käyttö | sisällä | ulkona | ajoittain | ei lainkaan |

Miten haluaisitte parantaa toimintakykyänne _____

| | | | |
|-------------------------|----------------|--------------------|------------|
| 6. Syöminen | autettava | osittain autettava | itsenäinen |
| Peseytyminen | autettava | osittain autettava | itsenäinen |
| Pukeutuminen | autettava | osittain autettava | itsenäinen |
| Ulosteen pidätys | pidätyskyvytön | heikentynyt | normaali |
| Virtsan pidätys | pidätyskyvytön | heikentynyt | normaali |
| Vaipat | on | ei | |

7. Saatteko kotiaavun, kotisairaanhoidon, omaisen tai yksityisen palveluita, esim. siivouksessa ?
kyllä ei**Selvitä mitä** _____**8. Hoidatteko itse kaupassakäynnit/pankkiasiat** kyllä ei**9. PÄIVITTÄIN KÄYTETTÄVÄT LÄÄKKEET JA NIIDEN ANNOSTUS**

| Lääke | Annos | Lääke | Annos |
|----------|-------|----------|-------|
| 1. _____ | _____ | 4. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | 5. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | 6. _____ | _____ |

10. Yliherkkyydet/allergiat, onko erityisruokavalio, sokeriton, laktoositon, keliakia tai jokin muu, mikä?
_____**11. TUPAKOITTEKO** kyllä ei**12. TÄLLÄ HETKELLÄ ENITEN KUNTOUTUSTA KAIPAAVA SAIRAUUS TAI VAMMA (KUVAUS SIITÄ)**
_____**13. LAITOSTOIVOMUS** _____ **AJANKOHTA** _____**14. Laitoskuntoutuksen voi halutessaan jakaa aviopuolison kanssa.**

Puolison nimi _____ Henkilötunnus _____ - _____

15. Terveystietoni saa antaa Veteraanitalon kuntoutuksen henkilökunnalle / kuntoutuslaitokselle
kyllä ei**Päiväys** _____ **Allekirjoitus** _____**Tarvittaessa lisätietoja antaa** _____ **puh.** _____