

VUODELLE _____

KL 1 2 3

♦NIMI _____ HENKILÖTUNNUS _____ - _____

OSOITE _____ PUH. _____

♦ Ympyröi kaikista oikea vaihtoehto

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

♦SELVIITYMINEN 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 toimintakykianne _____

♦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	

♦Saatteko kotiavun, kotisairaanhoidon, omaisen tai yksityisen palveluita, esim. siivouksessa ? kyllä
ei

♦Selvitä mitä _____

♦Hoidatteko itse kaupassakäynnit/pankkiasiat kyllä ei

♦PÄIVITTÄIN KÄYTETTÄVÄT LÄÄKKEET JA NIIDEN ANNOSTUS

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

♦Yliherkkyydet/allergiat, onko erityisruokavalio, sokeriton, laktoositon, keliakia tai jokin muu, mikä?

♦TUPAKOITTEKO kyllä ei

♦TÄLLÄ HETKELLÄ ENITEN KUNTOUTUSTA KAIPAAVA SAIRAUS TAI VAMMA (KUVAUS SIITÄ)

♦LAITOSTOIVOMUS _____ AJANKOHTA _____

♦Terveystietoni saa antaa Veteraanitalon kuntoutuksen henkilökunnalle / kuntoutuslaitokselle
kyllä ei

♦Päiväys _____ Allekirjoitus _____

Allekirjoituksellani hyväksyn sen, että antamiani tietoja kerätään ja tietojani tallennetaan asiakkuuksien hoitamiseen. Pyynnöstäni kaikki tietoni voidaan poistaa.

♦Tarvittaessa lisätietoja antaa _____ puh. _____