

De Gamlas Hem r.f. - palveluasuminen

1

Rantakatu 77, 64100 Kristiinankaupunki

Puh. 040-7419060 (henkilökunta) tai 0400-320811 (johtaja)

Asukashakemusasiante käsittelemistä varten pyydämme ystävällisesti seuraavat toivomuksianne terveydentilaanne koskevat lisätiedot:

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____ Siviilisääty: _____

Osoite: _____

Puhelin: _____

Syntymäpaikka: _____

Entinen ammatti: _____

Lähiomaiset / yhdyshenkilöt:

Nimi: 1. _____ 2. _____

Osoite: 1. _____ 2. _____

Puhelin: 1. _____ 2. _____

Sukulaisuus _____

Toivomuksia asumisesta: (esim. palvelutalo, muut talot (sin,pun,kelt,rusk), yksiö/kaksio, jne)

Perustelut:

Terveystiedot

Pitkäaikaissairaudet:

Näkö: Normaali___ Heikentynyt___ Huono___

Kuulo: Normaali___ Heikentynyt___ Huono___ Kuulolaite___

Muisti: Normaali___ Heikentynyt___ Huono___

De Gamlas Hem r.f. - palveluasuminen

2

Rantakatu 77, 64100 Kristiinankaupunki

Puh. 040-7419060 (henkilökunta) tai 0400-320811 (johtaja)

Toimintakyky

Liikkuminen Itsenäisesti___ Saan apua___ Keneltä:_____
Ruuanlaitto Itsenäisesti___ Saan apua___ Keneltä:_____
Siivous Itsenäisesti___ Saan apua___ Keneltä:_____
Lääkkeet Itsenäisesti___ Saan apua___ Keneltä:_____
Pukeutuminen Itsenäisesti___ Saan apua___ Keneltä:_____
WC:ssä käynti Itsenäisesti___ Saan apua___ Keneltä:_____
Asiointi Itsenäisesti___ Saan apua___ Keneltä:_____
Apuvälineet: _____

Mitä palveluja teillä on käytössä:

Kotipalvelu___ Kuinka usein:_____
Kotisairaanhoido___ Kuinka usein:_____
Ateriapalvelu___ Kuinka usein:_____

Ruokailu:

Normaali ruoka___ Dieetti tai ruoka-aine allergiat :_____

Ruokailuun liittyviä toivomuksia:

Muita hakemusasiaan liittyviä seikkoja tai taustatietoja:

Suostun siihen, että hakemusasiastani voidaan neuvotella Kristiinankaupungin ja terveyskeskuksen vanhustyöstä vastaavien viranomaisten kanssa.

Päiväys / 20 _____

Allekirjoitus

Kiitos vastauksesta! Tervetuloa!