

## HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

Asiakas \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_ Puh.numero \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Perhesuhteet avioliitto \_\_\_\_\_ avoliitto \_\_\_\_\_ naimaton \_\_\_\_\_ leski \_\_\_\_\_ eronnut \_\_\_\_\_

Sotavamma% \_\_\_\_\_

Omainen \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_ Puh.numero \_\_\_\_\_

Asioiden hoitaja \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puh.numero koti \_\_\_\_\_ työ \_\_\_\_\_

Vastuuhoitajat kopa \_\_\_\_\_ ksh \_\_\_\_\_

## PALVELUT

Kotipalvelun käyntikerrat päivässä \_\_\_\_\_ viikossa \_\_\_\_\_ käyntipäivät \_\_\_\_\_

Kotisairaanhoidon käyntikerrat päivässä \_\_\_\_\_ viikossa \_\_\_\_\_ käyntipäivät \_\_\_\_\_

Yöhoito/kertaa yö \_\_\_\_\_

## TUKIPALVELUT

	mistä/missä	kuinka usein
Ateriapalvelu		
Kylpy/sauna		
Turvapalvelu		
Päiväkeskus		
Jaksottaishoito		
Vapaaehtois- ystäväpalvelu		
Muu mikä?		

<b>ASUMINEN</b>	kerrostalo	rivitalo	omakotitalo	ryhmäkoti	palvelutalo	muu mikä?
	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Asunnon lisätiedot/puutteet**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY**

\_\_\_\_\_

**PSYKKINEN JA FYYSINEN TOIMINTAKYKY**

<b>NÄKÖ</b>	normaali	_____	heikko	_____	sokea	_____	silmälasit	_____
<b>KUULO</b>	normaali	_____	heikko	_____	kuuro	_____	kuulolaite	_____
<b>TASA-PAINO</b>	hyvä	_____	huimaa	_____	kaatuilee	_____		
<b>PUHE</b>	hyvä	_____	huono	_____	afasia	_____	ymmärtää/ ei ymmärrä puhetta	_____
<b>VIRTSAN PIDÄTYSKYKY</b>		pidätyskykyinen	_____	osittainen pidätyskyky	_____			
		pidätyskyvytön	_____	katetri	_____			
<b>ULOSTEEN PIDÄTYSKYKY</b>		pidätyskykyinen	_____	osittainen pidätyskyky	_____			
		pidätyskyvytön	_____	avanne	_____			
<b>PSYKKINEN TILANNE</b>		asiallinen	_____	masentunut	_____	levoton	_____	
		muistamaton	_____	sekava	_____	harhainen	_____	

**Erityisruokavaliot**

\_\_\_\_\_

**Apuvälineet**

\_\_\_\_\_

**Hoitotarvikkeet**

\_\_\_\_\_

**Lisätietoja**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muistitesti tehty \_\_\_\_\_ pvm \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ pisteet \_\_\_\_\_

Mielialatesti tehty \_\_\_\_\_ pvm \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ pisteet \_\_\_\_\_

## PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

		kuka tekee	
syöminen	_____	_____	0= ei vaikeuksia
wc-toiminnot	_____	_____	1= on jonkin verran
peseytyminen	_____	_____	vaikeuksia
vuoteeseen meno ja poistulo	_____	_____	2= en pysty ilman toi-
pukeutuminen	_____	_____	sen henkilön apua
sisällä liikkuminen	_____	_____	3= en pysty autettuna-
ulkona liikkuminen	_____	_____	kaan
portaissa liikkuminen	_____	_____	
varpaankynsien leikaaminen	_____	_____	
lääkkeiden annostelu	_____	_____	
puhelimien käyttö	_____	_____	
ruoan valmistus	_____	_____	
kevyt taloustyö	_____	_____	
raha-asioiden hoito	_____	_____	
pyykin pesu	_____	_____	
julkiset kulkuvälineet	_____	_____	
kaupassa käynti	_____	_____	
raskaat taloustyöt	_____	_____	

## SAIRAUDET

---

---

---

---

## ALLERGIAT

---

---

## LÄÄKKEET

---

---

---

**Lääkkeiden jako** ITSE KOPA KSH MUU KUKA?

\_\_\_\_\_

**Lääkkeen otto** ITSE KOPA KSH MUU KUKA?

\_\_\_\_\_



## SUOSTUMUS

Suostun kotihoitoani ja terveydentilaani koskevien tietojen luovuttamiseen tämän asiakkuuteni ajan seuraavasti.

Tietojani saa käyttää hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Kenelle tietoja saa luovuttaa:

omaiselle	kyllä _____	ei _____
hoitavalle lääkäriille	kyllä _____	ei _____
kotisairaanhoidolle	kyllä _____	ei _____
kotipalvelulle	kyllä _____	ei _____
terveyskeskus sairaalalle	kyllä _____	ei _____
vanhainkodille	kyllä _____	ei _____
muu mikä?	_____	

---

Jyväskylässä \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_