

**ESPOON KAUPUNKI****Sosiaali- ja terveystoimi**

Lääkinnällisen kuntoutuksen yksikkö

Veteraanipalvelut

PL 2311, 02070 ESPOON KAUPUNKI

Puh. (09) 8164 2380 klo 12-15 arkisin

Hakemus vastaanotettu (pvm ja vastaanottaja):

RINTAMAVETERAANIN KUNTOUTUSHAKEMUS Laitoskuntoutus kotimaassa

Paikkatoivomus:

Ajankohta:

 Laitoskuntoutus ulkomailla Avokuntoutus (fysikaalinen hoito) Päiväkuntoutus

Jakaako jakson aviopuolison kanssa:

Kyllä

Ei

HAKIJAN TIEDOT

Sukunimi ja etunimet

Osoite

Henkilötunnus

Puhelin (koti, gsm)

Rintamasotilas-/rintamapalvelus-/rintamatunnus saatu, pvm

LÄHIOMAISEN TAI VASTAAVAN TIEDOT

Nimi

Osoite

Puhelin (koti, työ, gsm)

HAKIJAN SELVIYTYMINEN PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA

Selviydyn kaikesta itsenäisesti

Kyllä

Ei

Avun tarve

Henkilökohtainen hygienia

Pukeutuminen / riisuminen

Kodinhoito

Syöminen

Liikkuminen / tasapaino

Aistivaikeudet

Kuulo

Näkö

Muisti

Olen itse omaishoitaja

Kyllä

Ei

APUVÄLINEET / LÄÄKKEET

Käytössä olevat apuvälineet:

Tällä hetkellä käytössä
olevat lääkkeet:**KUNTOUTUS**

Olen aikaisemmin ollut rintamaveteraanikuntoutuksessa

Ei

Kyllä, viimeksi vuonna

INVALIDITEETTIPROSENTTI

Sotavamman perusteella

%

Muun vamman perusteella

%

SAIRAUSKERTOMUS

Sairauskertomustietojani saa tarvittaessa käyttää kuntoutusvalintaa tehtäessä

Kyllä

Ei

ALLEKIRJOITUS

Päiväys

Allekirjoitus

Tämän hakemuksen allekirjoitus oikeuttaa Espoon kaupungin veteraanipalvelut lähettämään hakemuksen ja siihen liittyvän lääkärinlausunnon palveluntuottajalle!

Tyhjennä

Tulosta

Tallenna



POTILAAN TIEDOT

Sukunimi ja etunimet

Henkilötunnus

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

DIAGNOOSIT / TOTEAMISVUOSI

<input type="text"/>

KUNTOUTUKSEN TAVOITTEET

<input type="text"/>

KUNTOUTUKSESSA ERITYISESTI HUOMIOITAVAT ASIAT

<input type="text"/>

TOIMINTAKYKYLUOKKA

TL 3 (omatoiminen) TL 2 TL 1 (suuri avun tarve)

LÄÄKÄRIN ARVIO HAKIJAN TOIMINTAKYVYSTÄ JA AVUNTARPEESTA

<input type="text"/>

MUUTA HUOMIOITAVAA (esim. kiireellisen kuntoutuksen tarve)

<input type="text"/>

ULKOPUOLISET PALVELUT

Onko hakija kotihoidon asiakas? Kyllä Ei

LISÄTIEDOT

Liitteenä kopio sairauskertomuksesta Kyllä Ei

AVO- TAI PÄIVÄKUNTOUTUSTA HAKEVALLE ANNETTAVA MUKAAN TUTKIMUS- JA HOITOMÄÄRÄYS SV 3 F LOMAKE!

ALLEKIRJOITUS

Päiväys

Lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys, puhelinnumero ja toimipaikka

<input type="text"/>

<input type="text"/>

Tyhjennä

Tulosta

Tallenna