**ALVAR ESITIETOLOMAKE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nimi (sukunimi ja etunimi) | Henkilötunnus |
| Osoite | Postinumero | Puhelinnumero |
| Äidinkieli | Ovisummeri/koodi | Syntymäpaikka | Entinen ammatti |
| Asuminen: ☐Asuu yksin ☐Asuu toisen kanssa | Asuinkumppanin nimi ja suhde asiakkaaseen  |
| Lähiomainen tai yhteyshenkilö (nimi ja osoite) | Puhelin |
| Henkilö, johon ollaan yhteydessä palvelusta sovittaessa/ kuvapuhelimen viennistä☐asiakas☐lähiomainen tai yhteyshenkilö☐muu, kuka? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Omaisen s.postiosoite omaislinkkiä varten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ☐ kotihoito, ovph ☐ kotihoito, yksityinen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kotihoidon alue: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Päivystys/puhelinnumero kotihoitoon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kotihoidon fyysiset käyntimäärät: ☐ ma \_\_\_/krt, ☐ ti \_\_\_/krt, ☐ ke \_\_\_/krt, ☐ to \_\_\_/krt, ☐ pe \_\_\_/krt, ☐ La \_\_\_/krt ☐ su \_\_\_/krtTukipalvelut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Etälääkäri: ☐ kyllä ☐ ei ☐ Päivätoiminta, missä/viikonpäivä ja aika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Säännöllinen intervalli käytössä, missä/jaksotus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Muut säännölliset menot: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Omaishoitaja nimi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SOITON TARKOITUS:(esim. Lääkehoidon ja ruokailun seuranta) |  |
| SOITTOTARVE: (päivät ja ajankohdat esim. ma-pe 3 krt/vrk) myös tarkka kellonaika, jos tarve esim. lääkityksen vuoksi  |  |
| LÄÄKEHOITO: | Valvottu lääkkeen anto: ☐ kyllä ☐ eiValvottu insuliini: ☐ kyllä ☐ eiEvondos: ☐ kyllä ☐ eiLääkkeiden antoajat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SAIRAUDET: | ☐ Verenpainetauti ☐ COPD ☐ Huimausta ☐ MS-tauti ☐ ALS ☐ Diabetes ☐ Astma ☐ Reuma ☐ Parkinson ☐ Sydämentahdistin  ☐ Sekavuutta ☐ Halvaus ☐ Krooninen VTI  |
| MUUT SAIRAUDET: |  |
| PSYYKKINEN TILA | Muisti ☐ hyvä ☐ heikentynyt ☐ muistamaton, MMSE pisteet \_\_\_ / 30Henkinen tila ☐ asiallinen ☐ alakuloinen ☐ yksinäinen ☐ masentunut ☐ harhainen ☐ levoton ☐ päihdeongelmainen ☐ muuta, mitä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| LIIKKUMISKYKY  | ☐ hyvä ☐ rajoittunut, mutta liikkuu yksin ☐liikkuu avustettuna☐ pyörätuoli ☐ rollaattori ☐ muuta, mitä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| KUULO, NÄKÖ JAPUHEKYKY | ☐ hyvä kuulo ☐ alentunut kuulo ☐ kuulolaite ☐ kuuro ☐hyvä näkö ☐alentunut näkö ☐sokea☐afasia (puheen tuottamisen/ymmärtämisen vaikeus) |
| LISÄTIEDOT: |  |
| Alvar täyttää:  |
| Hakemuksen täyttäjä: |
| Yhteystiedot: | Päivämäärä |