PERUSTIETOJA TUTKIMUKSIIN TAI HOITOON TULOSSA OLEVASTA ASIAKKAASTA

Tämä lomake toimii samalla aloitteena erityishuoltopiirin palvelujen piiriin pääsemiseksi (laki kehitysvammaisten erityishuollosta 31 §).

Lomake on tarkoitettu sekä lapsi- että aikuisasiakkaille. Lomake täytetään mielellään yhdessä kunnan kehitysvammaisten palveluohjaajan kanssa ja palautetaan sivun alareunassa olevaan osoitteeseen.

1. HENKILÖTIEDOT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Asiakkaan koko nimi:      | Mahd. entinen nimi / omaa sukua:      | Henkilötunnus:      |
| Osoite:      | Puhelinnumero:      | Kotikunta:      |
| \*Muita henkilötietoja |
| Isän nimi:      | Syntymäaika, (mahd. kuolinvuosi):      |
| Osoite, jos eri kuin asiakkaan osoite:      | Puhelinnumero:koti:       työ:       |
| Ammatti:      |
| Äidin nimi:      | Syntymäaika, (mahd. kuolinvuosi): |
| Osoite, jos eri kuin asiakkaan osoite:      | Puhelinnumero:koti:        työ:       |
| Ammatti:      |
| Vanhemmilla yhteishuolto: kyllä [ ]  | Lapsen huoltajana toimii yksin: äiti [ ]  isä [ ]  | Muu huoltaja [ ]  kuka?       |
| Tarvitseeko asiakas tulkin?kyllä [ ]  kieli       ei [ ]  | Tarvitseeko huoltaja tulkin?kyllä [ ]  kieli       ei [ ]  |
| Kotona asuvat sisarukset (syntymävuosi):      |
| Puolison nimi:      | Syntymäaika:      | Yhteystiedot:      |
| Käräjäoikeuden tai maistraatin määräämän edunvalvojan  |
| nimi:      | osoite:      | puhelinnumero:  |
| Asiakkaan nimeämä lähiomainen:      |
| Huostaan otetun lapsen yhteyshenkilö:      | Huostaanotto, mistä alkaen?      |
| Muun yhteyshenkilön nimi, osoite ja puhelinnumero (sijaisvanhemmat, sijaishuollon sosiaalityöntekijä, perhehoitaja, omahoitaja, muu):      |
|  |
| Laskutusosoite ylläpitomaksulle, jos eri kuin asuinosoite:      |
| Muuta huomioitavaa:      |

\* Näitä tietoja kerätään asiakasrekisteriin, joka on laadittu henkilötietolain (22.4.1999/523) mukaisesti. Rekisteriä koskeva informointilomakkeen voi pyytää nähtäväksi OYS Konstin henkilökunnalta.

**Seuraavat tiedot on tarkoitettu kuntoutustyöryhmän käyttöön.**

1. AIEMMAT TUTKIMUKSET JA HOITOSUHTEET

|  |
| --- |
| Missä asiakasta on hoidettu tai tutkittu aikaisemmin (esim. Oulun yliopistollinen sairaala, oma terveyskeskus, perheneuvola, mielenterveystoimisto, kuntoutustutkimuslaitos, muu)? Näistä paikoista pyydämme asiakkaan kirjallisella luvalla potilas- ja asiakastietoja työryhmän käyttöön (lupakaavake liitteenä).      |
| Syntymäsairaala:      |
| Kehitysvammaisuuden syy / diagnoosit:      |
| Kehitystaso, missä ja milloin viimeksi tutkittu?      |
| Asiakkaan muut vammat ja sairaudet:      |
| Sovitut säännölliset sairaalakontrollit:      |

1. ASIAKKAAN NYKYTILANTEEN KUVAUS

|  |  |
| --- | --- |
| Asuminen: [ ]  vanhempien luona | [ ]  muualla, missä?       |
| Asiakkaan päiväohjelma (esim. päivähoito, koulu, päivä- tai työtoiminta):      |
| Asiakkaan käymät koulut ja kurssit:      |
| Toiminnot, joissa asiakas tarvitsee apua tai valvontaa (esim. syöminen, liikkuminen, hygienian hoito, kommunikaatio, nukkuminen):      |
|  |
| Erityistä huomioitavaa käyttäytymisessä:      |

|  |
| --- |
| Apuvälineet (esim. liikkumisessa, kommunikaatiossa). Huom! Ottakaa tarkistusta vaativat apuvälineet mukaan tutkimusjaksolle.      |
| Jatkuva lääkitys ja Kela-kortin lääkekorvauskoodit:      |
| Yliherkkyys lääke- tai ruoka-aineille:      |
| Erityisruokavalio:      |

1. ETUUDET JA PALVELUT (Tiedot voidaan tarkistaa KELA:n kuntien sosiaali- ja terveystoimen tietojärjestelmästä)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Merkitse, mitä etuuksia asiakas saa: |  |  |
| [ ]  Alle 16-v vammaistuki, minkä asteinen?       | voimassa       | asti |
| [ ]  Nuoren kuntoutusraha (16 - 20–vuotiaille)       | voimassa       | asti |
| [ ]  Yli 16-v vammaistuki, minkä asteinen?       | voimassa       | asti |
| [ ]  Työkyvyttömyyseläke + takuueläke | voimassa       | asti |
| [ ]  Eläkettä saavan hoitotuki, minkä asteinen?       | voimassa       | asti |
| [ ]  Muu, mikä?       | voimassa       | asti |
| Asiakkaan saama kuntoutus: |  |
| [ ]  puheterapia terapeutin nimi:       | voimassa       | asti |
| [ ]  fysioterapia terapeutin nimi:       | voimassa       | asti |
| [ ]  toimintaterapia terapeutin nimi:        | voimassa       | asti |
| [ ]  musiikkiterapia terapeutin nimi:       | voimassa       | asti |
| [ ]  muu terapia, mikä?       | terapeutin nimi:       | voimassa       | asti |
| Tilapäisen hoitoavun tarve ja avun saaminen:       |
| Vertaistuen tarve ja saaminen (esim. Kehitysvammaisten Tukiliiton toiminta, vanhempainryhmät, kehitysvammaisten kerhot ja kurssit):      |

5. Odotukset ja toiveet

|  |
| --- |
| Mitkä ovat asiakkaan ja perheen odotukset kuntoutustyötyhmältä (esim. mitä tutkimuksia toivotaan)?      |
| Kunnan palveluohjaajan toiveet kuntoutusarviojaksolle:      |
| Muuta huomioitavaa (esim. lausuntotarpeet erityisopetukseen siirtoa, henkilökohtaista apua, kuljetuspalvelua, vaikeavammaisen pysäköintilupaa, autoveronpalautusta, sopeutumisvalmennuskurssia, lääkkeiden erityiskorvattavuutta, verotusta tms. varten):      |
| [ ]  Haluamme tutustua Osaamiskeskukseen ennen varsinaista tutkimusjaksoa. |

Päiväys:      .       . 20

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lomakkeen täyttäjän allekirjoitus (esim. palveluohjaaja) Asiakkaan, huoltajan tai edunvalvojan allekirjoitus

Liitteet (esim. palvelusuunnitelma, päiväkodin tai koulun palaute, terapeuttien palautteet, edunvalvontapäätös, muu) \_\_\_\_\_ kpl

**Mikäli henkilötiedoissa (puhelinnumero, osoite, ym.) tapahtuu muutoksia, pyydämme ilmoittamaan niistä OYS Konstiin puh. 050 4041030SUOSTUMUS TAI KIELTO ASIAKASTIETOJEN HANKKIMISEEN**

Tutkimusten ja hoidon järjestäminen edellyttää asiakastietojen hankkimista. Pyydämme suostumustanne hankkia Teidän/huollettavanne tietoja alla määrittelemällänne tavalla.

|  |  |
| --- | --- |
| Asiakkaan nimi,henkilötunnus |  |
| **Tietoja saa hankkia**mm. terveydenhuollosta, kouluterveydenhuollosta, KELA:lta, vammaispalvelusta, lastensuojelusta, erityishuoltopiiriltä, neuvolasta, koululta. **Jostakin muualta, mistä?** |
| **Antaessanne suostumuksen se koskee kaikkia asiakirjoja (esim. epikriisit, päiväkoti-/koulupalautteet, erilaiset lausunnot). Suostumuksenne koskee myös Pohteen sähköisiä potilaskertomuksen tietoja** |
|   [ ]  Suostun [ ]  En suostu |
| Erityistä huomioon otettavaa: |
| **Vahvistan allekirjoituksellani** |
|  | Pvm Allekirjoitus |
| Asiakkaan/huoltajan/edunvalvojan nimen selvennys |

Tämän suostumuksen tai kiellon voin peruuttaa kirjallisesti, milloin tahansa