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