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:**  t**yö:**       |
| 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):**      |

1. 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 OYS Konstiin 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.**