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.**