



Hailuodon kunta  
Vanhuspalvelut  
Kaunakaupungintie 1  
90480 Hailuoto

## HAKEMUS IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄTOIMINTAAN

Hakijan nimi		Sotu
Osoite		Puh.
Yhteyshenkilö	Osoite	Puh.
Miksi tarvitsen päivätoimintaa: <input type="checkbox"/> omaishoidettava <input type="checkbox"/> diagnosoitu muistisairaus <input type="checkbox"/> akuutti elämäntilanteen muutos <input type="checkbox"/> Muu syy, mikä:		
Liikkuminen: (itsenäinen, apuvälineillä, ohjattava, avustettava)		
Apuvälineet: (liikkumisen, kuulon ja näön apuvälineet ym. apuvälineet)		
Erityisruokavalio:		
Päivätoiminnassa otettavat lääkkeet:		
Lisätietoja/ huomioitavaa:		

\_\_\_\_\_ Hoidan kuljetuksen itse

\_\_\_\_\_ Tarvitsen kuljetuksen (kuljetusmaksu on linja-autotaksan mukainen)

Päiväys

Allekirjoitus

Hakemus saapunut päivätoimintaan (päivätoiminta täyttää) \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

Lisätiedot: vastaava sairaanhoitaja puh. 044 4973 553 ja kotihoidon sairaanhoitaja puh. 044 4973 570