

Asiakas

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Hoitopaikka arviointihetkellä	Hoitopaikan puhelinnumero

Lähiomainen tai edunvalvoja

Nimi	
Osoite	Puhelinnumero

Lääkärin kannanotto asiakkaan kykyyn hakea palvelua

Asiakas ei ymmärrä hakemisen merkitystä	
Syynä	
Paikka ja päivämäärä	Lääkärin allekirjoitus

Hakemus mielenterveysasiakkaiden asumispalveluihin

Asiakas Haen mielenterveysasiakkaiden asumispalvelua. Annan luvan tietojeni käsittelyyn sosiaali, terveys ja- pelastustoimen yhteisessä arviointi- ja sijoitustyössä sekä näiden tietojen siirtoon tulevaan asuin-/hoitopaikkaani. Annan samalla luvan taloudellisten tietojeni siirtoon Asiakasmaksut ja perintä -yksikköön asiakasmaksun määrittämisestä sekä Asumisen viranomais- palveluihin varkekelpoisuuden selvittämistä (jos se on tarpeen) varten.	
Päivämäärä	Asiakkaan allekirjoitus (pyydetään vain, mikäli asiakas ymmärtää hakemuksen merkityksen)

Mikäli asiakas ei ymmärrä hakemisen merkitystä

Hakijana on asiakkaalle määrätty hoidollisten asioiden edunvalvoja.

Asia on laitettu vireille viranomaisen toimesta.

Annan luvan asiakkaan tietojen käsittelyyn sosiaali, terveys- ja pelastustoimen yhteisessä arviointi- ja sijoitustyössä sekä näiden tietojen siirtoon tulevaan hoito-/asuinpaikkaan. Annan samalla luvan taloudellisten tietojeni siirtoon Asiaksmaksut ja perintä -yksikköön asiakasmaksun määrittämistä sekä Asumisen viranomaispalveluihin varkekelpoisuuden selvittämistä (jos se on tarpeen) varten.

Päivämäärä

Edunvalvojan allekirjoitus ja nimenselvennys

Alkuarvio

Asiakkaan hoitohistoria, status, somaattiset ja psykiatriset diagnoosit, lääkityksen ja avohoidon käyttö. Sairaudesta ja sen oireistosta johtuva tuen tarve. Asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuudet. Mitä kuntoutumisen interventioita on tehty ja mitä oletetaan olevan tehtävissä. Kokemukset tehostetusta ja liikkuvasta avohoidosta asiakkaan kohdalla. Lääkärin lausunto ja muut tarvittavat asiantuntijalausunnot kirjoitetaan tietojärjestelmään ja tulostetaan liitteeksi tai ilmoitetaan lausunnon sijaintipaikka, otsikko ja päivämäärä.

Lääkärin nimi ja puhelinnumero

Palvelumuotoehdotus

Jälleenvuokrausasunto

Tuettu asuminen

Yhteisöllinen asuminen

Ympäri vuorokautinen palveluasuminen

Tuen tarve

Tuki kerran kahdessa viikossa tai harvemmin

Tuki 1-5 krt/vko

Jokapäiväinen tuki

Ympäri vuorokautinen tuki

Psykiatrisen tuen lisäksi tarvittava osaaminen/huomioitettavat seikat

Päihdehuolto

Kulunvalvonta

Neuropsykiatrinen

Kieli, uskonto

Somaattinen

Infektio (MRSA, ESBL yms.)

Vaikeat käytösoireet

Muu, mikä?

Tehostettu psykiatrinen avohoito, mikä?

Lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä valvontatarve käytännössä**Muut huomioitavat asiat**