



RINTAMAVETERAANIN KUNTOUTUSHAKEMUS

Hakemus voidaan lähettää postitse osoitteella:

Rintamaveteraanien kuntoutus
PL 6600
00099 HELSINGIN KAUPUNKI

Allekirjoittanut hakee rintamaveteraanien kuntoutusta ensisijaisesti
(Katso palveluoppaan ohje sivu 2)

- Tuettuun kotona kuntoutumiseen
 Avokuntoutukseen
 Päiväkuntoutukseen
 Kuntoutuslaitokseen
 Aviopuolisolle kuntoutuslaitokseen
 Aviopuolisolle päiväkuntoutukseen

HAKIJAN PERUSTIEDOT

Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
Lähiosoite		Postinumero ja osoitetoimipaikka
Asuinkunta	Puhelinnumero kotiin	Muu puhelinnumero
Lähin omainen/yhdyshenkilö		Sukulaisuus
Lähimmän omaisen/yhdyshenkilön osoite ja puhelinnumero		

SELVIITYMINEN PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA

Liikuntakyky <input type="checkbox"/> Normaali tai lähes normaali <input type="checkbox"/> Jonkin verran vaikeutunut <input type="checkbox"/> Tarvitsee toisen henkilön apua
Peseytyminen <input type="checkbox"/> Selviytyy itse <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, milloin <input type="checkbox"/> Apu tarpeen aina
Pukeutuminen <input type="checkbox"/> Selviytyy itse <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, milloin <input type="checkbox"/> Apu tarpeen aina
Syöminen <input type="checkbox"/> Selviytyy itse <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, milloin <input type="checkbox"/> Apu tarpeen aina
Ulosteen ja virtsan pidätyskyky <input type="checkbox"/> Molemmat normaaleja <input type="checkbox"/> Virtsan pidätys huono <input type="checkbox"/> Ulosteen pidätys huono
Apuvälineet <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä
Tupakointitavat <input type="checkbox"/> Tupakoi <input type="checkbox"/> Ei tupakoi

LISÄTIEDOT	Esimerkiksi kuntoutuspaikkatoivomus, tai kuntoutusajankohta
-------------------	---

Hyväksyn, että terveydentilaa ja toimintakykyä koskevia tietojani saa luovuttaa palveluntuottajalle kuntoutuksen suunnittelun ja turvallisen toteuttamisen onnistumiseksi Valtiokonttorin ohjeen mukaisesti, sekä siihen, että kuntoutuspalautte voidaan lähettää Rintamaveteraanien kuntoutustoimistoon.

Paikka ja päivämäärä	Hakijan allekirjoitus
----------------------	-----------------------

Käyntiosoite:
Laakson sairaala
Lääkärintie 8, 00250 HELSINKI
rakennus 4, porras P, 2. kerros

Puhelin
310 50544 (ma-to 9-12)