

## Palvelupyyntö (viranomaisen täyttää)

Toimintamme on asiakaslähtöistä. Toivomme, että palvelupyyntöstä välittyy myös asiakkaan oma toive ja näkemys tarpeistaan.

Täytä lomake, tulosta ja lähetä postitse osoiteella: Etelä-Savon hyvinvointialue/Vaalijalan osaamis- ja tukikeskus/Sosiaalityöntekijä, Nenonpellontie 40, 76940 Nenonpelto.

<b>Asiakkaan yhteystiedot</b>	
Etunimet	
Sukunimi	
Henkilötunnus	
Sukupuoli	
Kotikunta	
Osoite	
Puhelinnumero	
<b>Vanhempien, asiakkaan asioita hoitavan läheisen tai muun henkilön yhteystiedot</b>	
Nimi	
Osoite	
Puhelinnumero	
Sähköposti	
Nimi	
Osoite	
Puhelinnumero	
Sähköposti	
<b>Asiakkaan edunvalvojan yhteystiedot</b>	
Nimi	
Osoite	
Puhelinnumero	
Sähköposti	

<b>Hyvinvointialueen kehitysvammahuollon vastuuhenkilön yhteystiedot</b>	
Nimi	
Osoite	
Puhelinnumero	
Sähköposti	
<b>Hyvinvointialueen vammaispalvelun vastuuhenkilön yhteystiedot</b>	
Nimi	
Osoite	
Puhelinnumero	
Sähköposti	
<b>Hyvinvointialueen lastensuojelun vastuuhenkilön yhteystiedot</b>	
Nimi	
Osoite	
Puhelinnumero	
Sähköposti	
<b>Maksusitoumuspyyntö pyydettyyn palveluun osoitetaan</b>	
Nimi	
Osoite	
Puhelinnumero	
Sähköposti	
<b>Palvelupyyntö koskee</b>	
<input type="checkbox"/> Poliklinikkapalveluja <input type="checkbox"/> Liikkuvia palveluja <input type="checkbox"/> Lyhytaikaista kuntoutusta (jaksot) Vaalijalan osaamis- ja tukikeskuksessa <input type="checkbox"/> Pitkäaikaista kuntoutusta Vaalijalan osaamis- ja tukikeskuksessa <input type="checkbox"/> Perhehoitoa <input type="checkbox"/> Päivätoimintapalveluja <input type="checkbox"/> Työelämävalmiuksien edistämispalveluja (työtoiminta) <input type="checkbox"/> Opetusta (Sateenkaaren erityiskoulu)	

### **Kuntoutusvastuu**

Missä laaditaan/päivitetään asiakkaan kuntoutussuunnitelma?

Milloin kuntoutussuunnitelma on laadittu/päivitetty viimeksi?

Terapiat

Apuvälineet (myös kommunikoinnin osalta)

### **Lääketieteellinen seuranta-/hoitovastuu**

Perusterveydenhuolto

Missä?

Missä sairauksissa?

Hoitava lääkäri:

Erikoissairaanhoito

Missä?

Missä sairauksissa?

Hoitava lääkäri:

Diagnoosit:

### **Asiakkaan vahvuudet/toiveet**

### **Asiakkaan päiväkotia, koulu, opiskelu-/päivätoiminta-/työtoiminta- tai työpaikka**

### **Asiakkaan hoidollisuus**

Lyhyt kuvaus päivittäisistä toiminnoissa selviytymisestä

Erityistä huomioitavaa

Allergiat, erityisruokavaliot, pituus, paino

Lääkitys

**Tämänhetkisen tilanteen kuvaus; asiat/vaikeudet, joihin toivotaan apua****Liitteet**

- Viimeisin kuntoutussuunnitelma, palvelusuunnitelma tai HOJKS
- Viimeisimmät epikriisit
- Lääkitys
- Laboratoriovastaukset
- Vanhempien/terapeuttien/päivähoidon/koulun/opiskelupaikan/päivätoiminnan/työtoiminnan/asumisyksikön tai hoitopaikan palautteet/kuvaukset tämänhetkisestä tilanteesta
- Asiakkaan/hänen edustajansa lupa asiakasta koskevien tietojen antamiseen

**Ketkä ovat osallistuneet palvelupyynnön laatimiseen?**

Paikka ja päivämäärä	
Palvelupyynnön laatijan allekirjoitus	
Nimen selvennys	
Osoite	
Puhelinnumero	
Sähköpostiosoite	