

**HAKIJAN TIEDOT**

Opiskelijan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin

**ÄIDIN TAI MUUN HUOLTAJAN TIEDOT**

Nimi	
Osoite	
Puhelin (koti, työ, gsm)	Sähköpostiosoite

**ISÄN TAI MUUN HUOLTAJAN TIEDOT**

Nimi	
Osoite	
Puhelin (koti, työ, gsm)	Sähköpostiosoite

**MUUN HENKILÖN TIEDOT (johon otetaan yhteyttä, mikäli vanhempia / muita huoltajia ei tavoiteta)**

Nimi	
Osoite	
Puhelin (koti, työ, gsm)	

**OPPILAITOS**

Nimi
Toivotut hoitajakso/hoitopäivät

**DIAGNOOSIT**

--

**LÄÄKITYS**

Lääkkeen nimi
Mihin tarkoitukseen määrätty
Annostus
Antamisaika

**HOITOTAHO**

Hoitava sairaala

Hoitotaho kiireellisessä sairaustapauksessa sekä puhelinnumero

Ohjeita sairaalahoitoon toimittamisen varalta

**MUUT SAIRAUDET**

Sairastaako hakija mitään seuraavista:

- Epilepsia       Diabetes       Sydänsairaudet  
 Muuta, mitä:

Kuvaillkaa ennakoivat oireet

Kuinka usein hakija saa epilepsiakohtauksen ja millainen kohtaus on?

Millaista ensiapua annetaan?

Millainen on kohtauksen jälkitila?

**VARALÄÄKITYS**

Lääke annetaan \_\_\_\_\_ minuutin kuluttua kohtauksen alkamisesta.

Voiko hakijalle antaa useampi varalääke?

- Kyllä       Ei

Toisen lääkkeen voi antaa \_\_\_\_\_ minuutin kuluttua ensimmäisen lääkkeen antamisesta.

Varalääkitykseen liittyviä muita ohjeita

**MUUT OHJEET**

Sydänsairauteen liittyvät ohjeistukset (esim. liikunta, rasiustekijät)

Muuta tärkeää huomioon otettavaa

Allergiat

Erytysruokavalio

**PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA SELVIYTYMINEN / AVUNTARVE (jatkoa seuraavalla sivulla...)**

**Millaista apua hakija tarvitsee**

- pukeutumisessa:
- ruokailussa:
- hygienian hoidossa:

Liikuntarajoitteet
Käytössä olevat apuvälineet
Jos ymmärretyksi tulemisessa on ongelmia, niin kuvaile millaisia?
Muuta erityistä huomioon otettavaa (esim. karkailu, pelot)
Harrastukset, mielipuhat

**KULJETUS PÄIVÄTOIMINTAAN**

Tarvitaanko kuljetusta päivätoimintaan? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<b>Toivotut kuljetusajat:</b> Aamulla kotoa klo:	Iltapäivällä kotona klo:
---	---	--------------------------

**ALLEKIRJOITUS**

Vastaan yllä olevien tietojen oikeellisuudesta ja sitoudun ilmoittamaan lomakkeeseen tulevista muutoksista toimintakeskukseen.	
Päiväys	Allekirjoitus ja nimen selvennys

**LOMAKKEEN PALAUTUS**

**Hakemuslomake palautetaan osoitteeseen:**  
Espoon vammaispalvelut / Opiskelijoiden lomatoiminta  
PL 2513  
02070 ESPOON KAUPUNKI

**HUOM!**

- Olettehan tarkistaneet, että hakemuksessa on kaikki tarvittavat tiedot ja allekirjoitus!
- Tietoturvasyistä emme ota lomakkeita vastaan sähköpostitse, vaan toivomme saavamme täytetyt lomakkeet postitse!

**LOMAHOITOPAIKAN TIEDOT**

Tarvitaanko kuljetusta päivätoimintaan?

 Kyllä  Ei

Lomahoitopaikan nimi ja osoite sekä yhteyshenkilön nimi ja puhelinnumero (vammaispalvelujen työntekijä täyttää)

Haku kotoa viimeistään (klo)

Asiakas saa olla kotona aikaisintaan (klo)

Hoitopäivät

**KULJETUSTARVE JA PERUSTELUT TAKSIKYYDIN TARPEELLISUUDESTA**

Taksi, jota tarvitaan

 Invataksi  Tavallinen taksi

Perustelut taksikyydin tarpeellisuudesta

**LISÄTIETOJA**

Kuljetuksessa otettava huomioon

 Epilepsia  Pyörätuoli  Rattaat  Rollaattori Muu apuväline, mikä: \_\_\_\_\_ Vastaanottaja tarvitaan  Vastaanottajaa ei tarvita  Katsotaan, että pääsee sisään

Muita huomioon otettavia asioita

**ALLEKIRJOITUS**

Tämä allekirjoittamani lomahoidon kuljetushakemuksen kopio voidaan luovuttaa lomahoitomatkat hoitavalle kuljetusyhtiölle.

Päiväys

Huoltajan allekirjoitus ja nimen selvennys

Huoltajan puhelinnumero

**VIRANOMAINEN TÄYTTÄÄ**

Asiakas

on oikeutettu käyttämään vammaispalvelujen kuljetuksia lomahoidon matkoihin.

Päiväys

Viranomaisen allekirjoitus ja nimen selvennys

**LOMAKKEEN PALAUTUS**Vammaispalvelujen toimisto / Opiskelijoiden lomatoiminta  
PL 2513  
02070 ESPOON KAUPUNKI