



**ESPOON KAUPUNKI**  
**Sosiaali- ja terveystoimi**  
Seniorineuvonta ja palveluohjaus  
Veteraanipalvelut  
PL 2308, 02070 ESPOON KAUPUNKI  
Puh. 09 8164 2380 ma - to klo 9 - 15

Hakemus vastaanotettu (pvm ja vastaanottaja):

## RINTAMAVETERAANIN KUNTOUTUSHAKEMUS

- Laitoskuntoutus kotimaassa  
Paikkatoivomus:
- Ajankohta:
- Avokuntoutus (fysikaalinen hoito)
- Päiväkuntoutus  
Jakaako jakson aviopuolison kanssa:  Kyllä  Ei

### HAKIJAN TIEDOT

Sukunimi ja etunimet

Osoite  Henkilötunnus

Puhelin (koti, gsm)  Rintamasotilas-/rintamapalvelus-/rintamatunnus saatu, pvm

### LÄHIOMAISEN TAI VASTAAVAN TIEDOT

Nimi

Osoite  Puhelin (koti, työ, gsm)

### HAKIJAN SELVIYTYMINEN PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA

- Selviydyn kaikesta itsenäisesti  Kyllä  Ei
- Avun tarve
- Henkilökohtainen hygienia  Pukeutuminen / riisuminen  Kodinhoito
- Syöminen  Liikkuminen / tasapaino
- Aistivaikeudet
- Kuulo  Näkö  Muisti
- Olen itse omaishoitaja  Kyllä  Ei

### APUVÄLINEET / LÄÄKKEET

Käytössä olevat apuvälineet:

Tällä hetkellä käytössä  
olevat lääkkeet:

### KUNTOUTUS

Olen aikaisemmin ollut rintamaveteraanikuntoutuksessa

- Ei  Kyllä, viimeksi vuonna

### INVALIDITEETTIPROSENTTI

Sotavamman perusteella  % Muun vamman perusteella  %

### SAIRAUSKERTOMUS

Sairauskertomustietojani saa tarvittaessa käyttää kuntoutusvalintaa tehtäessä  Kyllä  Ei

### ALLEKIRJOITUS

Päiväys  Allekirjoitus

Tämän hakemuksen allekirjoitus oikeuttaa Espoon kaupungin veteraanipalvelut lähettämään hakemuksen ja siihen liittyvän lääkärinlausunnon palveluntuottajalle!



**POTILAAN TIEDOT**

Sukunimi ja etunimet

Henkilötunnus

--	--

**DIAGNOOSIT / TOTEAMISVUOSI**

--

**KUNTOUTUKSEN TAVOITTEET**

--

**KUNTOUTUKSESSA ERITYISESTI HUOMIOITAVAT ASIAT**

--

**TOIMINTAKYKYLUOKKA**

TL 3 (omatoiminen)     TL 2     TL 1 (suuri avun tarve)

**LÄÄKÄRIN ARVIO HAKIJAN TOIMINTAKYVYSTÄ JA AVUNTARPEESTA**

--

**MUUTA HUOMIOITAVAA (esim. kiireellisen kuntoutuksen tarve)**

--

**ULKOPUOLISET PALVELUT**

Onko hakija kotihoidon asiakas?     Kyllä     Ei

**LISÄTIEDOT**

Liitteenä kopio sairauskertomuksesta     Kyllä     Ei

**AVO- TAI PÄIVÄKUNTOUTUSTA HAKEVALLE ANNETTAVA MUKAAN TUTKIMUS- JA HOITOMÄÄRÄYS SV 3 F LOMAKE!**

**ALLEKIRJOITUS**

Päiväys

--

Lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys, puhelinnumero ja toimipaikka

---