



NURMIJÄRVI

Täytä etusivun **kaikki** kohdat huolellisesti, kiitos.

Suosittelija _____

Päivämäärä _____

KILJAVAN OSAPÄIVÄKUNTOUTUS Startti kuntoutumiseen

Nimi _____ Synt. aika _____

Osoite _____

Puh. _____

Lähiomainen _____ Puh. _____

Suostumus

Suostun, että terveyteeni ja toimintakykyyni liittyviä tietoja saa luovuttaa ohjaajille, jotka työskentelevät osapäiväkuntoutuksen parissa.

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus _____ Nimenselvennys _____

Taustatietoa

Arjessa selviytymisen haasteet, ulkoilu ja sosiaalinen verkosto _____

Kotihoidon asiakas kyllä ei Päiväkeskus kyllä ei

Olen osallistunut aiemmin Kiljavan osapäiväkuntoutukseen kyllä ei

Kuntoutuksessa huomioitavia asioita/sairauksia _____

Tavoitteeni _____

Liikkumisen apuväline ei apuvälinettä keppi kynärsauva / t rollaattori

pyörätuoli potkupyörä kävelysauvat joku muu