

Palvelupyyntö (viranomaisen täyttää)

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

Mitä palveluja pyyntösi koskee?

erityispoliklinikka
vaativan tuen yksikkö
sopeutumisvalmennus
jalkautuva palvelu
muu, mikä?

Asiakkaan yhteystiedot

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____
Kotikunta: _____
Osoite: _____
Puhelinnumero: _____

Vanhempien, asiakkaan asioita hoitavan läheisen tai muun henkilön yhteystiedot

Nimi: _____
Osoite: _____
Puhelinnumero: _____
Sähköposti: _____

Nimi: _____
Osoite: _____
Puhelinnumero: _____
Sähköposti: _____

Asiakkaan edunvalvonta

Taloudellinen
Laajennettu
Ei ole
Asiakas itse hoitaa
Asioidenhoitaja (läheinen tai muu henkilö)

Edunvalvojan tai asioiden hoitajan yhteystiedot

Nimi: _____
Osoite: _____
Puhelinnumero: _____
Sähköposti: _____



Asiakkaan palveluista vastaava vammaispalvelujen vastuuhenkilön yhteystiedot

Nimi:
Osoite:
Puhelinnumero:
Sähköposti:

Asiakkaan palveluista vastaava lastensuojelun vastuuhenkilön yhteystiedot

Nimi:
Osoite:
Puhelinnumero:
Sähköposti:

Asiakkaan palveluista vastaava muu sosiaalihuollon vastuuhenkilön yhteystiedot

Nimi:
Osoite:
Puhelinnumero:
Sähköposti:

Muun hoitavan tahon yhteystiedot (esim. asumisyksikkö)

Nimi:
Osoite:
Puhelinnumero:
Sähköposti:

Asiakkaan päiväkotiki, koulu, opiskelu/- päivätoiminta-/ työtoiminta- tai työpaikka

Kuntoutusvastuu

Missä asiakkaan kuntoutussuunnitelma laaditaan/päivitetään?

Milloin kuntoutussuunnitelma on laadittu/päivitetty viimeksi?



Kelan myöntämät terapiat:

Kunnan myöntämät palvelut (esim. autismiohjaus, neuropsykiatrinen valmennus, perhetyö)

Apuvälineet (myös kommunikoinnin osalta)

Tämänhetkisen tilanteen kuvaus; asiat/ vaikeudet, joihin toivotaan apua?

Onko asiakkaan suostumus tietojen luovuttamisesta kysytty/ pyydetty?

Kyllä, on kysytty/ pyydetty

Ei ole kysytty/ pyydetty

Palvelupyyntöön pyydetään liittämään riittävät tiedot palvelutarpeen ja sen kiireellisyyden arviointia varten



Tietoja asiakkaasta (lääkitys, haastava käytös, diagnoosit, psyykinen/fyysinen/sosiaalinen tilanne).

Lääketieteellinen seuranta-/ hoitovastuu

Perusterveydenhuolto Missä?

Missä sairauksissa?

Hoitava lääkäri:

Erikoissairaanhoido Missä?

Missä sairauksissa?

Hoitava lääkäri:

Palvelupyynnön laatija

Nimi:

Virka:

Kunta/ toimintayksikkö:

Puhelinnumero:

Paikka, päiväys:

Allekirjoitus:

Lomake toimitetaan ensisijaisesti salattuna sähköpostina vaativantuenpalvelut@sata.fi

tai postitse

Satakunnan hyvinvointialue

Vaativan tuen osaamiskeskus

Palvelupyyntö

Ravanintie 359

28450 Vanha-Ulvila