

Sukunimi	Etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)		
Syntymäaika			
TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI			
Kotipalvelukerrat/kk	<input type="text"/>	Kotipalvelutunnit/kk	<input type="text"/>
Kotisairaanhoidokerrat/kk	<input type="text"/>	Kotisairaanhoidotunnit/kk	<input type="text"/>
Näköni on	<input type="checkbox"/> normaali. Selviän päivittäisistä toimista silmälasilla tai ilman. <input type="checkbox"/> heikko. Tarvitsen näköni vuoksi opastusta oudossa ympäristössä. <input type="checkbox"/> sokea.		
Kuuloni on	<input type="checkbox"/> normaali. Kuulen normaalia puhetta ilman apuvälinettä. <input type="checkbox"/> alentunut. Apuväline on käytössäni ja kuulen vain korotettua, selkeää puhetta. <input type="checkbox"/> kuuro.		
Puheeni on	<input type="checkbox"/> normaali. Tuotan selvää, ymmärrettävää puhetta. <input type="checkbox"/> epäselvä. Puheeni on puuromaista, sammaltavaa, takeltelevaa, osa sanoista puuttuu. <input type="checkbox"/> afasia. Sanojen merkitys on väärä, en löydä oikeita sanoja, puhekyvytön.		
Liikkumiseni on	<input type="checkbox"/> normaalia. Kävelen omatoimisesti enintään kävelykeppi tukenani. <input type="checkbox"/> epävarmaa. Horjahtelen, tarvitsen tuekseni esim. kolmipistekepin. <input type="checkbox"/> Tarvitsen liikkumiseen kävelytelineen tai kaksi tukikeppiä. <input type="checkbox"/> Liikun omatoimisesti pyörätuolilla, siirryn omatoimisesti. <input type="checkbox"/> Tarvitsen taluttajan. En voi turvallisesti liikkua apuvälineillä. <input type="checkbox"/> Apuvälineistä huolimatta kaatuilen toistuvasti. <input type="checkbox"/> Tarvitsen 1-2 henkilön apua pyörätuoliin siirtymisessä. <input type="checkbox"/> Olen vuodepotilas.		
Virtsaaminen	<input type="checkbox"/> Tunnistan virtsaamistarpeen, en kastele. <input type="checkbox"/> En tunnista virtsaamisen tarvetta tai en pysty pidättämään virtsaa. <input type="checkbox"/> Minulla on katetri. <input type="checkbox"/> Katetroin itse. <input type="checkbox"/> Tarvitsen apua katetroinnissa.		
Ulostaminen	<input type="checkbox"/> Tunnistan tarpeen. Ulostaminen WC:ssä/WC-tuolissa. <input type="checkbox"/> En hallitse suolta, en tiedosta tarvetta, ulostan vaippaan. <input type="checkbox"/> Minulla on puutetta pidätyskyvyssä, sotken ulosteen kanssa paikkoja. <input type="checkbox"/> Suoli toimii harvoin ilman lääkkeitä tai peräruiskeita. Toimitettava.		

