



Lääkinnällinen kuntoutus

Kuntoutuja

Kuntoutujan nimi _____

Maksusitoumuksen voimassaoloaika ___ / ___ 20__

Henkilötunnus _____

Palveluntuottaja

Palveluntuottaja
terapialaji _____

Fysioterapia Puheterapia toimintaterapia Lymfaterapia

Puhelin

Allasterapia veteraanikuntoutus

Myönnetut terapiakerrat, _____ kertaa

vastaanotolla Kotona Muu, mikä? _____

Toteutuneet terapiakerrat, _____ kertaa

vastaanotolla Kotona Muu, mikä? _____

Terapiakerran kesto

45 min 60 min Muu, mikä? _____

Kuntoutujan diagnoosi _____

Alkutilanne

terapeuttinen tutkiminen _____

Ongelmat _____

Tavoitteet _____

Terapian toteutuminen

Toteutuneen terapian tiheys (esim. kerran viikossa) _____

toteutuneet ohjaus- ja terapiakäytännöt _____

Käyntiosoite

Kunnallissairaalan tie 20, talo 1 A
20100 Turku

Postiosoite

Lääkinnällinen kuntoutus
Ostopalvelut
PL 1
20701 Turku

Puhelin

02 266 2280

Sähköposti

info.laakinnallinenkuntoutus@turku.fi

www.turku.fi

Lopputilanne

terapeuttinen tutkiminen _____

Arvio toteutuneen terapian vaikuttavuudesta

Arvio tavoitteiden saavuttamisesta ja terapian tuloksellisuudesta _____

Jatkoterapiatarpeen arviointi, suositus uuteen kuntoutumissuunnitelmaan _____

Käytössä olevat apuvälineet, niiden sopivuus, suositus uusista apuvälineistä _____

Kuntoutujan oma arvio terapiasta (sisältö, toteutus, tuloksellisuus ja toteutuneet käyntikerrat). Kuntoutujan täyttämä palveluntuottajan palautelomakkeen kopio voidaan liittää mukaan.

Kuntoutuja

___ / ___ 20___

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Palveluntuottaja

___ / ___ 20___

Allekirjoitus

Nimenselvennys