



Arvoises

Sinun voimavarasi

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

PVM _____

TIETOA MINUSTA TILAPÄISHOITOJAKSOA VARTEN

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Vanhempien/Huoltajien puhelinnumerot:

YKSILÖLLINEN MINÄ

Lempipuuhani _____

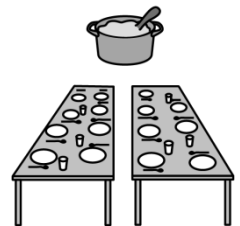
Tue minua erityisesti näissä asioissa

RUOKAILU

Lempiruokani _____

Inhokkini _____

Huomioitavaa ruokailuissani (esim. koostumus, syöttäminen, ruokavaliot, tms.)



Allergiat ja yliherkkyydet

- ei allergioita
- allergiat (tarvittaessa liite)
- yliherkkyydet (tarvittaessa liite)

HYGIENIA

Peseydyn _____

Vessa-asiat _____



LEPO

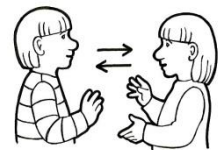
Yöunet ja mahdolliset päiväunet _____

Muuta huomioitavaa (esim. unikaveri, yövalo ym.)



VUOROVAIKUTUS JA KOMMUNIKOINTI

Kommunikointi kanssani (esim. mahdolliset apuvälineet, viittomat, kuvat)



LÄÄKITYS

minulla ei ole lääkitystä

lääkitys; lääkelista toimitettu



RAJOITTAMISTOIMENPITEET HYVINVOINTINI JA TURVALLISUUTENI TAKAAMISEKSI

VANHEMPIEN/HUOLTAJIEN AJATUKSIA HOITOKAUSKSI LIITTYEN

Vanhempien/hoitajien toiveet ja odotukset hoitokaudelta

Kuljetuslupa (lasta saa kuljettaa)

Tiedot antoi _____

Tiedot vastaanotti _____