

Toimita kuntoutuspalaute Kelaan viimeistään kuukautta ennen kuntoutuspäätöksessä ilmoitetun ajan päättymistä. Alle 3 kuukautta kestävästä terapiajaksosta palaute tulee toimittaa heti jakson päätyttyä.

1. Asiakkaan tiedot

Henkilötunnus _____ Sukunimi ja etunimi _____

Puhelinnumero _____

Asiakkaan diagnoosi _____

Läheisen nimi _____

Läheisen puhelinnumero _____

Palveluntuottajan nimi, Y-tunnus ja puhelinnumero _____

2. Terapian tiedot

Kuntoutuspäätös ajalle _____ - _____

Ajanjakso, jota kuntoutuspalaute koskee _____ - _____

Terapeutin ja asiakkaan terapiasuhteen pituus palautetta kirjoitettaessa _____ vuosi

Toteutuneet terapiakerrat _____ kertaa

Terapiakäyntiin osallistui: Asiakkaan läheinen _____ kertaa

Henkilökohtainen avustaja/oma hoitaja/ohjaaja _____ kertaa

i Jos ohjaukseen toteuttaa eri terapeutti, myös hän täyttää toiminnastaan lomakkeen KU 117 (Terapiapalaute - Vaativa lääkinällinen kuntoutus).

Tiedot terapiasta

Fysioterapia

Allasterapia

Toimintaterapia

Ratsastusterapia, fysioterapeutin toteuttamana

Ratsastusterapia, toimintaterapeutin toteuttamana

Psykoterapia

Kuvataidepsykoterapia

Perheterapia

Musiikkiterapia

Puheterapia

Neuropsykologinen kuntoutus

Missä terapia on toteutunut?

Kotona _____ kertaa

Päiväkodissa _____ kertaa

Koulussa _____ kertaa

Muussa arjen ympäristössä. Missä? _____ kertaa

Palveluntuottajan tiloissa _____ kertaa Kuvapuheluna _____ kertaa

3. Toimintakyky terapian alkaessa ja yhdessä sovitut keskeiset tavoitteet terapialle

Miten asiakas suoriutui ja osallistui päivittäisissä toimissaan kotona, päiväkodissa, koulussa, työssä tai muissa asiakkaalle tärkeissä arjen tilanteissa, kun viimeisin terapiajakso alkoi? Mitkä olivat asiakkaan vahvuudet ja rajoitteet?

4. Terapian toteutus ICF-luokituksen osa-alueet huomioon ottaen

Miten asiakkaan aktiivisuus näkyi terapian aikana? Miten toimintakyvyn vahvistuminen näkyy arjessa? Ovatko taidot käytössä myös arjen tilanteissa? Ovatko arvioivan tahon asettamat tavoitteet olleet realistiset? Onko niitä kohti työskentely ollut mahdollista? Miten asiakkaan toimintakyky konkreettisesti vahvistui arjessa? Mikä voisi olla seuraava realistinen opittava taito, joka vahvistaisi asiakkaan arjen toimintakykyä/osallistamista?

Miten terapia toteutui?

Miten aktiivisesti asiakas osallistui terapiaan?

Miten asiakkaan läheiset sitoutuivat asiakkaan terapiaan ja terapiakäynteihin? Mitä taitoja lähi-ihmiset ovat omaksuneet/ottaneet käyttöönsä tukeakseen asiakkaan kehitystä/osallistumista päivittäisessä arjessa?

Miten asiakkaan ympäristö edistää/rajoittaa asiakkaan kuntoutumista?

Arkiverkostokäynti _____ kertaa

Vasu/Hjoks käynti _____ kertaa

Kuntoutussuunnitelmakäynti _____ kertaa

Toteutuneet terapiaan liittyvät ohjauskäynnit _____ kertaa

Miten verkostokäynnit toteutuivat?

Mitä verkostokäynneillä sovittiin?

Mitä ohjaukseen käynneillä sovittiin?

Miten asiakkaan läheiset omaksuivat ohjaukseen käynneillä ohjatut toimet asiakkaan kuntoutumisen edistämiseksi?

5. Arviointimenetelmät

Miten arvioit asiakkaan toimintakykyä arjessa? Mitä mittareita käytit (www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/etusivu/toimia-tietokanta)
Kerro tulokset, viitearvot ja muutokset.

6. Tavoitteiden toteutuminen ICF-luokituksen osa-alueet huomioon ottaen

Miten asiakas hyötyi terapiasta ja saavutti terapiajaksolle asetetut tavoitteet? Arvioi, mikä voisi olla seuraava realistinen tavoite, jos asiakkaan on tarpeellista jatkaa terapiaa? Mikä voisi olla seuraava realistinen harjoiteltava taito tai asiakkaalle merkityksellinen asia, joka vahvistaisi asiakkaan arjen toimintakykyä/osallistamista?

Asiakkaan ja läheisten arvio terapian hyödystä.

Asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa on keskusteltu ja sovittu terapian jatkamisesta

Kyllä Ei

Sama palveluntuottaja jatkaa

Kyllä Ei

7. Palautteen jakelu

Asiakas

Omainen/läheinen

Kela

Hoitava tah

Muu. Mikä? _____

8. Liitteet

Omat tavoitteeni-lomake (GAS 1) (pakollinen liite kuntoutuspalautteeseen)

Muu liite. Mikä? _____

9. Lisätietoja

Lisätietoja eri paperilla. Kirjoita paperiin asiakkaan nimi ja henkilötunnus.

10. Terapeutin tiedot ja allekirjoitus

Terapeutin/terapeuttien nimet ja yhteystiedot

Voin/voimme osallistua kuntoutussuunnitelman tarkistamiseen/laatimiseen verkostokäynnillä.

Paikka ja aika

Terapeutin/terapeuttien allekirjoitukset