



Kemin kaupunki
Vanhus- ja vammaispalvelut
Kotihoito
Sauvosaarencatu 25
94100 Kemi
Karihaara 016-259538
Keskusta 016-259536
Syväkangas 016-259537
Lehtokatu 0404872199

ATERIAPALVELUHAKEMUS

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin
Omaisien nimi ja puhelin	
Laskutusosoite (ja henkilö + sotu), mikäli eri kuin ateriapalvelun saajalla	
Ateriapalvelun perustelut	
Ruokavaliot <small>(Ruokavalion tulee perustua lääkärin lausuntoon. Lausuntoa ei tarvitse liittää hakemukseen.)</small>	<input type="checkbox"/> Allergiat: <input type="checkbox"/> Hyla / Into <input type="checkbox"/> Laktoositon <input type="checkbox"/> Kokonaan maidoton <input type="checkbox"/> Dieetti <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Kihti <input type="checkbox"/> Keliakia <input type="checkbox"/> Rauta <input type="checkbox"/> Marevan <input type="checkbox"/> Sappi <input type="checkbox"/> Soseruoka <input type="checkbox"/> Muuta:
Juoma	<input type="checkbox"/> Maito <input type="checkbox"/> Mehu <input type="checkbox"/> Piimä tavallinen <input type="checkbox"/> Piimä Hyla / Into
Leipä (2 viipaletta / annos)	<input type="checkbox"/> Tumma leipä <input type="checkbox"/> Vaalea leipä <input type="checkbox"/> Tavallisesti annokseen tulee 1 vaalea ja 1 tumma leipä
Ateriapalvelun tarve: <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Ti <input type="checkbox"/> Ke <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/> Pe Palvelun toivotaan alkavan: _____	

Päiväys: _____ Allekirjoitus: _____

PÄÄTÖS

Palvelu myönnetty pvm. _____ Avopalvelunohjaaja: _____

Avain saatu pvm. _____ Saajan allekirjoitus _____

Tieto ateriapalvelulle pvm. _____