

TYÖIKÄISEN TYÖTTÖMÄN TERVEYSTARKASTUKSEN ESITIETOKYSELY ASIAKKAALLE

Täytä kysely ennen terveystapaamista ja ota mukaasi varatulle ajalle. Ota mukaasi myös mahdollinen voimassa oleva lääkeluettelo.

Terveystapaamisessa kartoitetaan, arvioidaan ja tuetaan terveyttäsi, työ- ja toimintakykyäsi sekä mahdollisia kuntoutustarpeitasi. Terveystapaamisen ammattilainen voi ohjata sinut yleislääkärille tai muihin tarvitsemiisi palveluihin. Terveystapaaminen terveydenhuollon ammattilaisen kanssa on sinulle maksuton.

Kaikki terveytesi sekä toiminta- ja työkykyysi liittyvät asiat ovat luottamuksellisia. Tapaamisessa käsitellyt asiat kirjataan tarpeellisiin asiakastietojärjestelmiin. Lomake hävitetään kirjaamisen jälkeen.

Minut on ohjattu terveystarkastukseen

Kunnan työllisyyspalveluista Sosiaalipalveluista Muualta, mistä?

Tarvitsen palautteen terveyteni vaikutuksesta työkykyyni lähettävälle taholle

Kunnan työllisyyspalvelut Sosiaalipalvelut Muualle, minne?

Tarvitsen lääkärinlausunnon työkyvystäni ja kuntoutusmahdollisuuksistani

Kunnan työllisyyspalveluille Työeläkeyhtiölle/Kelalle Sosiaalipalveluille
 Muualle, minne?

HENKILÖ- JA YHTEYSTIEDOT

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Katuosoite ja postinumero	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero

Siviilisäätty naimaton avoliitossa avioliitossa/rekisteröity parisuhde
 eronnut/asumusero leski en halua kertoa

KOULUTUS JA TYÖELÄMÄ

Koulutus

Kansakoulu/peruskoulu Lukio/ylioppilas Ammatillinen koulutus
 Alempi korkeakoulututkinto Ylempi korkeakoulututkinto Muu koulutus

Miten opinnot ovat sujuneet? Onko sinulla ollut oppimisen haasteita? Onko opintojasi mukautettu?

Viimeisin ammattisi/työtehtäväsi?

Milloin työttömyytesi/lomautuksesi/sairauslomasi alkoi (päivämäärä)?

Olen ollut työttömänä alle 6 kk 6–12 kk yli 1 vuosi yli 5 vuotta

Onko sinulla asumiseen liittyviä haasteita, jotka vaikuttavat työkykyysi?

Huollettavien lasten lukumäärä? Onko sinulla sosiaalinen tukiverkosto ja ketä siihen kuuluu?

Pääasiallinen toimeentuloni tällä hetkellä

ansiosidonnainen työttömyyspäiväraha työmarkkinatuki asumistuki toimeentulotuki

sairauspäiväraha kuntoutustuki muu tulo ei tuloja

Onko sinulla taloudellisia haasteita? Millaisia?

Miten vietät vapaa-aikaasi? Millaisia harrastuksia sinulla on?

TERVEYDENTILA JA SAIRAUDET

Mitä sairauksia lähisuvussasi on esiintynyt?

Allergia Astma Diabetes Korkea verenpaine Aivojen verenkiertohäiriö
 Sydänsairaus Syöpä Muu, mikä? En tiedä

Onko sinulla lääkärin diagnosoimia työkykyysi vaikuttavia pitkäaikaisia sairauksia, vammoja tai terveysongelmia?

Onko sinulla työllistymiseen vaikuttava allergia/allergioita?
 Ei Kyllä, mikä

 En tiedä

Ovatko rokotuksesi voimassa (jäykkäkouristus- kurkkumätä)?
 Kyllä Ei En tiedä

Mitä sinulle määrättyjä lääkkeitä tai itsehoitolääkkeitä/luontaislääkkeitä käytät?
Onko sinulla oireita/epäily jostakin työkykyysi vaikuttavasta sairaudesta tai vammasta, johon toivot selvittelyä?
Onko sinulla ollut tai onko sinulla nyt joku seuraavista lääkärin toteamista sairauksista tai vammoista?

<input type="checkbox"/> Tapaturmavamma <input type="checkbox"/> Tuki- ja liikuntaelinten sairaus <input type="checkbox"/> Sydänsairaus, verenkiertohäiriö tai korkea verenpaine <input type="checkbox"/> Hengityselinten sairaus, esim. astma <input type="checkbox"/> Epilepsia, kouristuksia tai tajunnanhäiriö <input type="checkbox"/> Migreeni tai usein toistuva päänsärky	<input type="checkbox"/> Huimausta, pyörtymistä tai tasapainohäiriöitä <input type="checkbox"/> Aistinelinsairaus (näkö, kuulo) <input type="checkbox"/> Ruuansulatuselinten sairaus <input type="checkbox"/> Allergia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tarkkaavaisuuteen, keskittymiskykyyn tai muistiin vaikuttava sairaus	<input type="checkbox"/> Työperäinen sairaus (esim. altistuminen asbestille, meluvamma) <input type="checkbox"/> Psyykkinen sairaus (esim. masennus) <input type="checkbox"/> Leikkauksia tai muita toimenpiteitä <input type="checkbox"/> Muu sairaus tai vamma, mikä?
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TERVEYTEEN VAIKUTTAVAT ELINTAVAT
Ravitsemustottumukset

 Syötkö lämpimän aterian päivittäin? Kyllä En

Noudatanko erikoisruokavaliota?

 Kyllä, mitä miksi En

Uni ja päivärytmi

 Koetko nukkuvasi riittävästi? Kyllä En

 En osaa sanoa

Millainen on vuorokausirytmisi (milloin menet nukkumaan, milloin heräät)?

Liikuntatottumukset	<p>Kuinka monta tuntia viikossa keskimäärin harrastat kevyttä arki/hyötyliikuntaa ja reipasta liikuntaa?</p> <p>Kuinka monta tuntia viikossa keskimäärin teet lihaskunto- ja liikehallintaharjoittelua?</p> <p>Mitkä asiat estävät aktiivisen liikkumisen?</p>
Päihteidenkäyttö	<p>Tupakoitko? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka monta savuketta/vrk?</p> <p>Käytätkö nuuska? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p>Käytätkö muita nikotiinituotteita (esim. sähkötupakka)? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <hr/> <p>Käytätkö alkoholia? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p>Kuinka monta annosta juot kerralla?</p> <p>Kuinka usein viikossa? Kuinka usein kuukaudessa?</p> <p>(1 annos = pullo keskiolutta/siideriä, 12 cl viiniä, 8 cl väkevää viiniä tai 4 cl viinaa)</p> <hr/> <p>Käytätkö huumausaineita? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka usein? <input type="checkbox"/> Olen lopettanut, milloin?</p> <p>Poltatko kannabista? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka usein? <input type="checkbox"/> Olen lopettanut, milloin?</p> <p>Käytätkö lääkkeitä muuhun kuin sairauden hoitoon? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä ja kuinka usein? <input type="checkbox"/> Olen lopettanut, milloin?</p> <p>Minkä verran arvioit päihteidenkäyttösi vaikuttavan terveydentilaasi ja työkykyysi?</p> <p><input type="checkbox"/> ei yhtään <input type="checkbox"/> vähän <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> erittäin paljon</p> <hr/> <p>Tunnetko olevasi riippuvainen pelaamisesta (nettipeleminen, rahapelit)? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p>Tunnetko olevasi riippuvainen mediasta? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä</p>

TYÖ- JA TOIMINTAKYKY

Vaikuttaako terveydentilasi työllistymiseesi? Ei Kyllä En osaa sanoa

Mitkä asiat mielestäsi vaikuttavat työllistymiseesi / ovat työllistymisesi este?

Työmarkkinatilanne Oma motivaatio Riittämätön ammattitaito Mielialahaasteet
Muu, mikä?

Millaiseksi arvioit tämänhetkisen terveydentilasi? (Ympyröi, 0 = täysin sairas, 10 = täysin terve)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Millaiseksi arvioit tämänhetkisen työkykyäsi verrattuna siihen, mitä se ollut parhaimmillaan? (Ympyröi, 0 = täysin työkyvytön, 10 = täysin työkykyinen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Uskotko pystyväsi terveytesi puolesta työskentelemään nykyisessä ammatissasi/työtehtävissä vielä kahden vuoden kuluttua?

1 Selviydyn täysin 2 Selviydyn osittain 3 En selviydy

Oletko huolissasi jostain terveydentilaasi tai työkykyäsi liittyvästä asiasta?

Onko työkykyäsi ja kuntoutustarvetta arvioitu aiemmin? (Esim. ammatillinen kuntoutus selvitys, työterveyshuolto/Kela)

Ei En tiedä Kyllä, missä ja milloin?

Oletko ollut kuntoutuksessa tai kuntoutustutkimuksessa? En En tiedä Kyllä, missä ja milloin?

Onko sinulle tehty työkyvyn tuen suunnitelma? Ei En tiedä Kyllä, missä ja milloin?

Oletko aiemmin ollut työterveyshuollon asiakkaana? En En tiedä Kyllä, missä ja milloin?

TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ

Milloin (vuosiluku) olet viimeksi ollut vastaanotolla tai tutkimuksissa?

Lääkäri _____ Terveydenhoitaja/sairaanhoitaja _____

**Milloin olet viimeksi käynyt suun terveystarkastuksessa
hammaslääkärissä/suuhygienistillä?**

Kuinka arvioit kuuloasi?

Kuinka arvioit näköäsi?

Onko sinulla vakinaista hoitavaa tahoa, mikä?

Mistä muista asioista haluat keskustella hoitajan ja/tai lääkärin kanssa?

Päiväys ja allekirjoitus