 

**Lähete IPS-työhönvalmennuksen palveluun**

Päivämäärä: Click here to enter text.

Asiakkaan nimi: Click here to enter text.

Syntymäaika: Click here to enter text.

Postiosoite: Click here to enter text.

Puhelinnumero: Click here to enter text.

Sähköpostiosoite: Click here to enter text.

Ensisijainen yhteydenottotapa: [ ]  Puhelinsoitto [ ]  Tekstiviesti [ ]  Sähköposti

Lähettävä hoitotaho: Click here to enter text.

Hoitotahon yhteyshenkilön nimi ja työnimike: Click here to enter text.

Sähköpostiosoite: Click here to enter text.

Puhelinnumero: Click here to enter text.

Asiakas on ollut hoitotahon potilaana Click here to enter text. lähtien.

[ ]  Tämän lähetteen tekijä on yllä mainittu hoitotahon yhteyshenkilö.

[ ]  Tämän lähetteen tekijä ei ole hoitotahon yhteyshenkilö – ole hyvä ja täytä seuraavat kohdat:

Lähetteen tekijän nimi ja työnimike: Click here to enter text.

Organisaatio: Click here to enter text.

Sähköpostiosoite: Click here to enter text.

Puhelinnumero: Click here to enter text.

Mitä asiakas ajattelee työnteosta? Miksi hän haluaa työelämään juuri nyt?

Click here to enter text.

Minkä tyypistä työtä asiakas haluaisi tehdä?

Click here to enter text.

Nimeä joitakin asiakkaan vahvuuksista (esim. työkokemus, koulutus, henkilökohtaiset ominaisuudet, motivaatio, tukiverkostot).

Click here to enter text.

Minkä tyyppinen työ asiakkaalle sopisi hoitotahon näkemyksen mukaan (esim. soveltuvat työtehtävät ja työaika, mihin asiakkaan voimavarat riittävät, jaksaisiko hän asiakaspalvelutyössä?)

Click here to enter text.

ICD-10 tautiluokituksen mukainen psykiatrinen päädiagnoosi: Click here to enter text.

Mahdolliset muut psykiatriset tai somaattiset diagnoosit: Click here to enter text.

Muuta lisättävää: Click here to enter text.