 

**Lähete IPS-työhönvalmennuksen palveluun**

Päivämäärä:

Asiakkaan nimi:

Syntymäaika:

Postiosoite:

Puhelinnumero:

Sähköpostiosoite:

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

Lähettävä hoitotaho:

Hoitotahon yhteyshenkilön nimi ja työnimike:

Sähköpostiosoite:

Puhelinnumero:

Asiakas on ollut hoitotahon potilaana       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:

Organisaatio:

Sähköpostiosoite:

Puhelinnumero:

Miksi asiakas haluaa työelämään?

Minkä tyypistä työtä asiakas haluaisi tehdä?

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

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

ICD-10 tautiluokituksen mukainen psykiatrinen päädiagnoosi:

Mahdolliset muut psykiatriset tai somaattiset diagnoosit:

Muuta lisättävää: