

IKÄIHMISEN HAASTATTELU LIIKKUMISSUUNNITELMAA VARTEN

Nimi _____ Syntymävuosi _____

Haastattelija _____ Pvm _____

Onko lääkäri todennut Teillä jonkun liikkumiseen vaikuttavan sairauden, minkä?

Mahdollinen lääkitys _____

Päivittäiset toiminnot (peseytyminen, pukeutuminen, ruokailu)

Mitkä päivittäiset toiminnot sujuvat edelleen hyvin?

Missä päivittäisissä toiminnoissa on vaikeuksia (yksityiskohtaisia esimerkkejä)?

Missä päivittäisissä toiminnoissa erityisesti haluaisitte harjaantua?

Arkiaskareet (esim. siivous, ruoanlaitto, pihatyöt, ostoksilla käynti)

Mitä arkiaskareita teette nykyisin?

Mitä arkiaskareita haluaisitte nykyisin tehdä enemmän itse/avustettuna?

Liikkuminen sisällä ja ulkona

Mikä kannustaa Teitä liikkumaan?

Mikä estää Teitä harjoittamasta liikuntaa?

Onko käytössänne jokin liikkumisen apuväline? ei kyllä, mikä _____

Pystytkö suoriutumaan seuraavista toiminnoista

	vaikeuksitta	on vaikeuksia	en selviä ilman toisen apua	en pysty autettunakaan
Liikkuminen sisällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikkuminen portaissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikkuminen ulkona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Onko liikkumisenne ulkona viimeisen vuoden aikana muuttunut?

vähentynyt pysynyt ennallaan lisääntynyt

Oletteko kaatunut viimeisen vuoden aikana?

ei kyllä, mitä tapahtui? _____

Minkä verran Teitä huolestuttaa, että saatatte kaatua

sisällä ei lainkaan vähän melko paljon hyvin paljon
ulkona ei lainkaan vähän melko paljon hyvin paljon

Liikuntaharrastus

Mitä liikuntamuotoja olette harrastanut aikaisemmin elämässä ja milloin?

Mitä liikuntaa harrastatte nykyisin?

Mitä liikuntaa haluaisitte harrastaa (yksilö-/ryhmäliikunta)?

Tarvitsetteko tukea liikuntaharrastukseenne (esim. avustaja, kuljetus, apuvälineet)?



VOIMAA VANHUUTEEN
lääkärin terveyskuntayhtymä

Ravitsemus



Ikäinstituutti

Onko teillä jokin erityisruokavalio?

Onko teillä ongelmia ruoan pureskelussa?

Millainen on ruokavalionne ruokaympyrään verrattuna?

Kuinka monta lämmintä ateriaa syötte päivittäin?

Kuinka monta maitoannosta syötte päivässä?

Kuinka monta liha-/kala-/muna-annosta syötte päivittäin?

Onko painonne muuttunut viimeisten 3 kk aikana?

Kuinka paljon juotte nestettä päivän aikana?



Ikäinstituutti

LIKKUMISSUUNNITELMA

Nimi _____

Haastattelija _____ Pvm _____

Päivittäisten toimintojen harjoittelu

Harjoituksen ajankohta ja tiheys _____

Arkiaskareiden tekeminen

Harjoituksen ajankohta ja tiheys _____

Omaehtoinen liikunta

Harjoituksen ajankohta ja tiheys _____

Ryhmäliikunta

Harjoituksen ajankohta ja tiheys _____

Huomiot ravitsemuksessa

Mahdolliset tukitoimet (esim. avustaja, kuljetus, apuvälineet)

Seurantajakson pituus _____ - _____ (10-12 viikkoa)

Arviointiajankohta _____ (päivämäärä)