

## TERAPIASOPIMUS

### 1. SOPIMUKSEN OSAPUOLET

**Laitos/terapeutti** \_\_\_\_\_

Yhteystiedot \_\_\_\_\_

**Asiakas/kuntoutuja** \_\_\_\_\_

Yhteystiedot \_\_\_\_\_

**Omainen** \_\_\_\_\_

Yhteystiedot \_\_\_\_\_

### 2. TERAPIAN YHTEISTYÖTAHOT

**Hoidosta vastaava yksikkö** \_\_\_\_\_

Yhteystiedot \_\_\_\_\_

**Muut terapeutit** (nimi ja yhteystiedot)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Päiväkoti/koulu/muu yhteistyötaho** \_\_\_\_\_

Yhteyshenkilö (nimi ja yhteystiedot) \_\_\_\_\_

**Henkilökohtainen avustaja** \_\_\_\_\_

**Kotisairaanhoido/-hoitaja** \_\_\_\_\_

**Muu avustaja/hoitaja** \_\_\_\_\_

**Terapeutti osallistuu kuntoutujaa koskevan henkilökohtaisen opetus-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelman laatimiseen:**

Kyllä

Ei

**Onko jokin taho tai henkilö kenelle kuntoutujaa koskevaa terapiatietoa emme saa antaa:**

\_\_\_\_\_

**3. TERAPEUTILLA ON OIKEUS VALOKUVATA JA/TAI VIDEOIDA KUNTOUTUJAA KOSKEVIA TERAPIATILANTEITA:**

terapian suunnitteluun, arvioimiseen ja yhteistyötahojen ohjaukseen

Kyllä                       Ei

käyttää kuva- ja videotallenteita esitelmä- ja opetustarkoituksiin

Kyllä                       Ei

tapauskohtainen suostumus

---

**Annan luvan kuvieni käyttöön Manukatin koulutustarkoituksissa:**

Kyllä                       Ei

**4. KULJETUKSET**

Fysioterapeutti on vastuullinen kuntoutujan turvallisuudesta fysioterapiatapahtuman aikana. Terapiaa edeltävästä ja sen jälkeisestä ajasta on vastuussa kuntoutuja tai häntä huoltava henkilö huomioiden asianmukaiset odotusajat ja turvallisen kuljetuksen.

**Terapiaan liittyvät kuntoutujan kuljetukset mm. taksit (nimi ja yhteystiedot):**

---

**Lupa terapeutin tai avustavan henkilön suorittamaan kuljetukseen, jos terapiaan sisältyy kuljetuksia laitoksen ulkopuolelta:**

Kyllä                       Ei

**Voiko kuntoutuja lähteä terapiasta ilman saattajaa:**

Kyllä                       Ei

**Seuraavilla henkilöillä on oikeus hakea kuntoutuja terapiasta (nimi ja yhteystiedot):**

---

---

**5. PERUUTUKSET**

Kuntoutujan poissaolot/peruutukset tulee ilmoittaa viimeistään vuorokautta ennen sovittua terapia-aikaa. Peruuttamattomasta ajasta tai saman päivän peruutuksesta kuntoutuja/vanhemmat tai holhooja sitoutuu maksamaan kyseisen hoitokerran.

(Pois lukien lääkärin tai terveydenhoitajan todistus sairaudesta, saman päivän peruutuksissa.)

## 6. TERAPIAN TOTEUTUS

Terapia toteutetaan: \_\_\_\_\_

### Odotukset ja tavoitteet:

Kuntoutujan/ vanhempien/ holhoojan kanssa käydyn keskustelun perusteella fysioterapialle asetetut odotukset ja tavoitteet (konkreettiset ja arkielämään liittyvät)

---

---

---

**Terapeutti antaa kirjallisen loppuarvioinnin terapiajakson päättyessä, 1kpl/maksusitoumus.**

Kuntoutujalle     Kokonaishoidosta vastaavalle yksikölle/lääkärille     KELA:lle

\_\_\_\_\_

Huom! Ylimääräiset lausunnot ja kirjalliset arviot veloitamme kuntoutujalta/vanhemmilta/hooltajilta.

**Kuntoutuja/vanhemmat/holhooja antaa terapiasta palautteen**

Terapeutille, joka kirjaa palautteeseen     Suoraan KELA:n toimistoon

## 7. MUUTA HUOMIOITAVAA

Allergiat, muut sairaudet tms.

---

---

---

**Päihteiden käyttö on esteenä hyvän ja turvallisen fysioterapiakerran toteutumiselle. Mikäli kuntoutuja on päihtyneenä tai kotikäynneillä hänen omaisensa on päihtyneenä, fysioterapeutti ei toteuta terapiaa, jolloin kuntoutuja on velvollinen korvaamaan terapiakerran.**

## 8. TERAPIASOPIMUKSEN KESTO

Sopimus on tehty ajalle: \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Sopimus on tehty kuntoutussuunnitelman kattamaksi ajaksi

Sopimus on tehty toistaiseksi

**Tätä sopimusta on tehty kaksi kappaletta, yksi kummallekin osapuolelle.**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Terapeutti

Kuntoutuja/omainen

\_\_\_\_\_

Sopimus uusitaan ajalle: \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sopimus uusitaan ajalle: \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_