



**Kyselylomake varhaiskasvatukseen lastenneurologisia tutkimuksia varten**  
(täytetään hoitopaikassa)

Tutkimusajankohta \_\_\_\_\_

**Taustatiedot**

Lapsen nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

**Päivähoitopaikka:**

\_\_\_\_\_

Lapsi aloittanut päivähoiton: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Lapsi aloittanut nykyisessä hoitopaikassa \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Lapsen hoitoaika: \_\_\_\_\_

Ryhmäkoko ja ikärakenne/henkilökunta:  
\_\_\_\_\_

Muut lapsen kehityksen tukemiseen osallistuvat aikuiset:  
\_\_\_\_\_

Varhaiskasvatuksen tuen taso ja tukitoimet:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Yhteys henkilön tiedot**

Nimi \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_ Sähköposti \_\_\_\_\_

**Postiosoite**

Kainuun keskussairaala  
Lasten ja nuorten pkl /neurologinen hoitaja, 3.krs 87300 Kajaani  
Sotkamontie 13,  
87300 Kajaani

**Käyntiosoite**

Sotkamontie 13, 3. krs, F1

**Puhelin**

08 61561/vaihde

**Sähköposti**

etunimi.sukunimi@kainuu.fi

**Internet**

hyvinvointialue.kainuu.fi.fi



**KAINUUN**  
hyvinvointialue

**Asiakaslomake**

Kainuun keskussairaala  
Lasten ja nuorten poliklinikka

09.02.2023

**Postiosoite**

Kainuun keskussairaala  
Lasten ja nuorten pkl /neurologinen hoitaja, 3.krs 87300 Kajaani  
Sotkamontie 13,  
87300 Kajaani

**Käyntiosoite**

Sotkamontie 13, 3. krs, F1

**Puhelin**

08 61561/vaihde

**Sähköposti**

etunimi.sukunimi@kainuu.fi

**Internet**

hyvinvointialue.kainuu.fi.fi



Kuvaile lyhyesti seuraavia asioita (jatka tarvittaessa kääntöpuolelle)

1. Lapsen vahvuudet

---

---

2. Lapsen keskeiset vaikeudet

---

---

3. Päivittäisistä toimista selviytyminen (mm. omatoimisuus, siirtymätilanteet), avun tarve

---

---

4. Leikki (mm. millaista, kenen kanssa, mitä sisältöjä):

---

---

---

5. Sosiaaliset taidot, vuorovaikutus, tunnesäätely:

---

---

---

6. Yhteisten sääntöjen noudattaminen ja käyttäytyminen:

---

---

---

**Postiosoite**

Kainuun keskussairaala  
Lasten ja nuorten pkl /neurologinen hoitaja, 3.krs 87300 Kajaani  
Sotkamontie 13,  
87300 Kajaani

**Käyntiosoite**

Sotkamontie 13, 3. krs, F1

**Puhelin**

08 61561/vaihde

**Sähköposti**

etunimi.sukunimi@kainuu.fi

**Internet**

hyvinvointialue.kainuu.fi



7. Keskittyminen päivittäisissä toiminnoissa, ryhmätilanteissa ym.:

---

---

---

8. Puheilmaisuksen selkeys ja kerronta, sekä puhetta täydentävät ilmaisutavat (mm. eleet, ilmeet):

---

---

9. Suullisten ohjeiden ja kysymysten ymmärtäminen:

---

---

---

10. Puhetta tukevien kommunikaatiokeinojen käyttö arjessa, kuvaile:

---

---

---

11. Perusliikuntataidot

---

---

12. Kädentaidot

---

---



Kainuun keskussairaala  
Lasten ja nuorten poliklinikka

09.02.2023

13. Näön käyttö ja  
hahmottaminen

---

---

14. Millaisia apuvälineitä käytössä:

---

---

15. Muita terveisiä tai huomioitavaa

---

---

Lomake täytetty (pvm) \_\_\_\_\_

Täyttäjä(t) \_\_\_\_\_

Nähty \_\_\_\_\_  
Huoltajat

Jos lapsella on tutkimusjakso eli aikoja eri työntekijöille, palautakaa lomake:

KAKS; lasten ja nuorten poliklinikk / lastenneurologinen hoitaja, 3. krs, Sotkamontie 13, 87300 Kajaani tai vanhempi tuo lomakkeen ensimmäiselle käynnille tullessaan.

Jos lapsellasi on varattuna aika vain lastenneurologin vastaanotolle, vanhempi tuo lomakkeen tullessaan.

**Postiosoite**

Kainuun keskussairaala  
Lasten ja nuorten pkl /neurologinen hoitaja, 3.krs 87300 Kajaani  
Sotkamontie 13,  
87300 Kajaani

**Käyntiosoite**

Sotkamontie 13, 3. krs, F1

**Puhelin**

08 61561/vaihde

**Sähköposti**

etunimi.sukunimi@kainuu.fi

**Internet**

hyvinvointialue.kainuu.fi