



## Lähete inkontinenssitilanteiden jakeluun

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Nimi:  |                                |
| Henkilötunnus:   |                                |
| Virtsankarkailun alkamisajankohta:<br><br>Virtsankarkailun syyt ja tehdyt tutkimukset: | Millaista virtsankarkailu on:  |
| Vaipat/Vaippamallit:<br><br>Vaippojen tarve vuorokaudessa:                             | Imuteho/päivä/yö:<br><br>Koko: |

Lähetteen kirjoittaja

nimenselvennys/puhelinnumero \_\_\_\_\_

Toimintayksikkö: \_\_\_\_\_

Päivämäärä: \_\_\_\_\_

**Lähetteen saaja/omains ottaa yhteyttä oman alueen hoitotarvikepalveluun.**

**Yhteystiedot löytyvät verkkosivuiltamme [www.hyvaks.fi/palvelumme/hoitotarvikejakelu](http://www.hyvaks.fi/palvelumme/hoitotarvikejakelu)**