

## 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<br>ilman toisen apua | en pysty<br>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 terveyskuntayhtiö

## 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 )