



<b>Psykologipalveluihin tuleva asiakas</b>	Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
	Lähiosoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka
	Kotipuhelin	Matkapuhelin
	Sähköposti	
<b>Tilaaja</b>	Organisaation nimi	
	Yhteyshenkilö	
	Laskutusosoite (y-tunnus)	
	Yhteyshenkilö puhelin	
	Sähköposti	
<b>Palvelun tarve ja tavoite (lyhyt kuvaus tilanteesta, taustatietoja)</b>		
<b>Keneltä saa lisätietoja asiakkaan tilanteesta</b>	Nimi	
	Yhteystiedot	
	Nimi	
	Yhteystiedot	
<b>Lausunnon lähettämisen ja laskutusosoite</b>	<input type="checkbox"/> Sama kuin lähettäjä	
	<input type="checkbox"/> Muu _____	

<b>Liitteet</b>	<input type="checkbox"/> Koulu- ja opiskelu- todistusjäljennökset	<input type="checkbox"/> Lääkärinlausunto
	<input type="checkbox"/> Psykologin lausunto	<input type="checkbox"/> Tiedot työkokemuksesta
	<input type="checkbox"/> Kuntoutustutkimus- tai työkokeilu- lausunnot, kuntoutussuunnitelma	<input type="checkbox"/> Ei liitteitä
<b>Allekirjoitukset</b>	Paikka ja aika	Tilaajan allekirjoitus
	<hr/>	
	Suostumus toimenpiteeseen ja tietojen luovutukseen. Asiakkaan tai huoltajan allekirjoitus.	
	<hr/>	

Tiedustelut: (09) 292 011/ vaihde

Lähetteen postitusosoite:

Psykologipalvelut  
Invalidiliiton  
Järvenpään koulutuskeskus  
PL 46 (Mannilantie 27–29)  
04401 Järvenpää