



OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

Saapumispäivä _____

Hakemus palautetaan: Maria Haavisto, Kotihoito, Aarnontie 17, 38200 Sastamala, puh. 050 545 0412

HOIDETTAVAN YHTEYSTIEDOT

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Katuosoite _____ Puhelinnumero _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

HOITAJAN YHTEYSTIEDOT

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Katuosoite _____ Puhelinnumero _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

HOITAJA ON

Puoliso Lapsi Muu omainen Naapuri, läheinen

muu hoitaja, kuka? _____

Ansiotyössä Ei Kyllä Työaika _____

Eläkkeellä Ei Kyllä

Muu, mikä? _____

HOIDETTAVA ASUU

Yksin Hoitajan kanssa Muun henkilön kanssa

ASUNNON KUNTO

Hyvä Kohtalainen Huono

Muuta huomioitavaa _____

SAAKO HOIDETTAVA KELAN MAKSAMAA HOITOTUKEA?

Kyllä _____ €/kk Ei Haussa

SELVITYS SAIRAUDEN TAI VAMMAN AIHEUTTAMASTA TOIMINTAKYVYN ALENEMISESTA

Sairaus tai vamma _____

Oireet ja haitat, joita sairaus tai vamma aiheuttaa _____

HOIDETTAVAN LIIKUNTAKYKY

Liikuntakykyinen Liikuntakyky rajoittunut

Tarvittavat apuvälineet _____

HOIDETTAVAN AISTITOIMINNOT

Näkökyky Normaali Heikko Sokea

Kuulo Normaali Alentunut Kuuro

Puhekyky Normaali Epäselvä Afasia

HOIDETTAVAN SUORIUTUMISKYKY

Pukeutuminen Itsenäisesti Rajoittunut Täysin autettava

Syöminen Itsenäisesti Rajoittunut Täysin autettava

WC-käynti Itsenäisesti Rajoittunut Täysin autettava

Peseytyminen Itsenäisesti Rajoittunut Täysin autettava

HOIDETTAVAN PSYYKKINEN TOIMINTAKYKY

Asiallinen, rauhallinen Muisti heikentynyt Muistamaton Sekava ja levoton

Muistitutkimus tehty Ei Kyllä milloin? _____

Toimintakyky muuten heikentynyt, miten? _____

HOIDETTAVAN KYKY HUOLEHTIA OMASTA LÄÄKITYKSESTÄÄN

Pystyy itse huolehtimaan Ei pysty itse huolehtimaan

HOIDETTAVAN AVUN JA HOIDON TARVE YÖLLÄ

Ei tarvitse apua Tarvitsee apua satunnaisesti Tarvitsee apua usein

Hoidettava voi olla yksin _____ tuntia vuorokaudessa

HOIDETTAVA TARVITSEE KOTIHOIDON KÄYNTJÄ

Ei Kyllä määrä _____

VALTUUTUS JA ALLEKIRJOITUS

Suostun siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset voivat antaa toisilleen asiakkuuteen liittyviä tarpeellisia tietoja ja tarkistaa tietoja potilastietojärjestelmästä.

Paikka ja aika _____

Hoidettavan allekirjoitus _____