



# OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

1

Saapumispäivämäärä
--------------------

<input type="checkbox"/> alle 65-vuotiaat
---

## HOIDETTAVAN TIEDOT

Sukunimi	Henkilötunnus
Etunimet	Puhelin
Osoite	Postinumero ja -toimipaikka
Perhesuhteet <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio-/avoliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski	sähköpostiosoite
Hoidettavan terveydentila /sairaudet	

## EHDOTUS HOITAJAKSI

Suku- ja etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero ja toimipaikka
Puhelin	Mistä alkaen hoitanut hoidettavaa
Hoitaja on hoidettavan <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> sisar/veli <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> isä/äiti <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka _____	Hoitajan työssäkäynti <input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osa-aikatyö <input type="checkbox"/> ei työssä <input type="checkbox"/> eläkkeellä <input type="checkbox"/> hoitaja jäänyt pois omasta työstä hoitotyön takia, alkaen _____
Hoitajan terveys, toimintakyky ja sairaudet	
Hoitajan pankkitilinumero	

**HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY**

Näkö	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea	<b>Kunnanedustaja täyttää</b>
Kuulo	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> kuuro	
Puhe	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> puhehäiriö <input type="checkbox"/> puhumaton, afasia	
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> epävarma <input type="checkbox"/> talutettava <input type="checkbox"/> itsenäisesti pyörätuolilla <input type="checkbox"/> avustettava pyörätuoliin <input type="checkbox"/> vuodepotilas <input type="checkbox"/> käyttää apuvälineitä; mitä _____ _____ _____	
WC:ssä käynti	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osittain autettava, miten _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> katetri <input type="checkbox"/> vaipat <input type="checkbox"/> yöllä <input type="checkbox"/> päivällä	
Syöminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> syötettävä <input type="checkbox"/> letkuruokinta, PEG-nappi	
Lääkehoito	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee apua, mihin ja mitä _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> valvottava	
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> autettava, miten _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> puettava	
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> täysin autettava	

Nukkuminen	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> levottomuutta öisin <input type="checkbox"/> avuntarvetta yöllä, mitä _____ _____ _____ _____	
Muisti	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> alentunut <input type="checkbox"/> muistamaton	
Psyyke	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> sekava <input type="checkbox"/> masentunut <input type="checkbox"/> häiritsevä <input type="checkbox"/> aggressiivinen <input type="checkbox"/> karkaileva <input type="checkbox"/> muu, mikä	
Käytössä olevat apuvälineet		

**HOIDON SITOVUUS:** \_\_\_\_\_ tuntia vuorokaudessa

**PÄIVITTÄINEN HOIDONTARVE**

Millaista säännöllistä hoitoa, huolenpitoa, apua ja valvontaa hoidettava tarvitsee?

**PÄIVÄAIKAAN:**

**YÖAIKAAN:**

**NYKYISET PALVELUT**

<input type="checkbox"/> ateriapalvelu <input type="checkbox"/> turvapuhelin <input type="checkbox"/> siivouspalvelu <input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> kotihoito, kuinka usein _____  	Onko hoidettava säännöllisesti: <input type="checkbox"/> päivä- tai työtoiminnassa, aamu- tai iltapäivähoidossa, missä ja kuinka usein _____ _____ 
<input type="checkbox"/> henkilökohtainen avustaja _____ _____ <input type="checkbox"/> joku muu kodin ulkopuolinen _____ <input type="checkbox"/> muuta _____ _____ 	<input type="checkbox"/> tilapäishoidossa, missä ja kuinka usein _____ _____ <input type="checkbox"/> muualla kodin ulkopuolella, missä ja kuinka usein _____ _____ 

Mitä muuta apua toivotte hoidettavan hoitamiseen?

<b>KELAN HOITOTUKI</b>	<input type="checkbox"/> alin hoitotuki / vammaistuki <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki / vammaistuki <input type="checkbox"/> erityishoitotuki / erityisvammaistuki <input type="checkbox"/> vireillä
------------------------	--

**ALLEKIRJOITUKSET JA PÄIVÄYS**

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi

Paikka \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Hoidettavan allekirjoitus ja nimenselvennys

\_\_\_\_\_

Hoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys

\_\_\_\_\_

Liitteet (lääkärintlausunto, kuntoutussuunnitelma tai muu vastaava) \_\_\_\_\_ kpl

Suostun tietojen tarkastamiseen: kyllä / ei

Palautus: Salon kaupunki, vammaispalvelut, Tehdaskatu 2, 24100 Salo