

Saapumispäivä _____

Vastaanottaja _____

HOIDETTAVAA KOSKEVAT TIEDOT	
Hoidettavan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Perhesuhteet <input type="checkbox"/> Alaikäinen <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio- / avoliitossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Asumuserossa	Samassa taloudessa asuvat henkilöt
Lähiomainen: nimi, osoite, puhelinnumero	Onko hoidettava sotainvalidi?

HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT	
Hoitajan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero koti / työ
Ammatti	Työssäkäynti <input type="checkbox"/> Eläke <input type="checkbox"/> Ei työssä <input type="checkbox"/> Kokopäivätyö <input type="checkbox"/> Osapäivätyö
Asuuko samassa taloudessa hoidettavan kanssa?	Onko hoitajalla muita hoidettavia?
Hoitajan suhde hoidettavaan <input type="checkbox"/> Puoliso / avopuoliso <input type="checkbox"/> Lapsi <input type="checkbox"/> Vanhempi <input type="checkbox"/> Joku muu, mikä _____	Mistä alkaen hoitaja on hoitanut hoidettavaa?
Vaikuttaako hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, miten _____ _____	
Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto.	



HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUNTARVE

Diagnoosit:

Käytössä olevat apuvälineet:

Mitä apua hoidettava tarvitsee seuraavissa toiminnoissa:

Liikkuminen:

Syöminen:

Pukeutuminen:

Peseytyminen ja wc-käynnit:

Lääkehoito ja hoitotoimenpiteet:

Näkö: Hyvä Heikko Sokea

Kuulo: Hyvä Heikko Kuuro

Puhe: Hyvä Puhehäiriö Puhumaton

Psyykinen toimintakyky: Toimintakykyinen Toimintakyky alentunut Muistisairas
Miten alentunut _____

Tuleeko hoidettava toimeen yksin päivääikaan

Ei Kyllä, kuinka kauan _____

Tarvitseeko hoidettava apua öisin?

Ei Kyllä, minkälaista apua ja kuinka monta kertaa? _____

Hoitajan antama apu on:

Ympäri vuorokautista Kokopäiväistä Päivittäistä Viikoittaista



HOIDETTAVAN NYKYISET PALVELUT

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Kotipalvelu _____ käyntiä vuorokaudessa / viikossa / kuukaudessa |
| <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoido _____ käyntiä vuorokaudessa / viikossa / kuukaudessa |
| <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu _____ kertaa viikossa |
| <input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu _____ matkaa kuukaudessa |
| <input type="checkbox"/> Turvapuhelin |
| <input type="checkbox"/> Siivouspalvelu |
| <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja _____ tuntia viikossa / kuukaudessa |
| <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ |

Onko hoidettava päivisin tai muuten säännöllisesti

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Koulussa, missä _____ |
| <input type="checkbox"/> Päiväkodissa, missä _____ |
| <input type="checkbox"/> Päivä- tai työtoiminnassa, missä _____ |
| <input type="checkbox"/> Vuoro- tai intervallihoidossa, missä _____ |
| <input type="checkbox"/> Muualla, missä _____ |

Muut palvelut (esim. omainen, naapuri)

--

Kelan palvelut / etuudet

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eläkkeensaajan hoitotuki _____ €/kk | <input type="checkbox"/> Vammaistuki _____ €/kk |
| <input type="checkbox"/> Erityishoitoraha _____ | <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ |

Lisätietoja:

--



SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUKSET

Allekirjoittaessani hakemuksen, suostun samalla, että hakemusta käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia hakijaa koskevia tietoja, mitkä ovat hakemuksen käsittelyssä tarpeellisia.

Päiväys _____ / _____ 2017

Hoidettavan allekirjoitus

Hoitajan allekirjoitus

Liitteet

Liitä hakemukseen lääkärin kirjoittama lausunto hoidettavan terveydentilasta.
Lausunto ei saa olla puolta vuotta vanhempi.

Hakemuksen palautus ja lisätietoja:

Alle 65-vuotiaat:

Sosiaalipalvelut
Sosiaalityöntekijä
Liminganraitti 4
91900 LIMINKA

Puh. 050-409 6696

Yli 65-vuotiaat:

Vanhuspalvelukeskus
Palveluohjaaja
Kakarakuja 2, 3 krs.
91900 LIMINKA

Puh. 0500-805338

