



## 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 \_\_\_\_\_