



LOPEN KUNTA

HAKEMUS OMAISHOIDONTUKI

Saapumispäivämäärä

HOIDETTAVA

Suku- ja etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero ja toimipaikka
Arvo tai ammatti (myös entinen)	Puhelin
Perhesuhteet <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio-/avoliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski	Perhetiedot Perheen koko _____ perheenjäsentä perheessä on _____ alle 18-vuotiasta lasta syntymävuodet _____
Hoidettavan terveydentila /sairaudet	

HOITAJA

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	

HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY

		Kunnanedustaja täyttää
Näkö	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea	
Kuulo	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> kuuro	
Puhe	<input type="checkbox"/> puhuva <input type="checkbox"/> puhehäiriö <input type="checkbox"/> puhumaton	
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <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	
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 <input type="checkbox"/> muistitesti tehty _____ 200____ Pisteet _____	
Psykye	<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

Hoidettava selviytyy yksin _____ tuntia

PÄIVITTÄINEN HOIDONTARVE

Millaista säännöllistä hoitoa, huolenpitoa, apua ja valvontaa hoidettava tarvitsee

PÄIVÄAIKAAN:

YÖAIKAAN:

PALVELUT

<input type="checkbox"/> ateriapalvelu <input type="checkbox"/> turvapuhelin <input type="checkbox"/> siivouspalvelu <input type="checkbox"/> asiointipalvelu <input type="checkbox"/> muu, mikä _____	Onko hoidettava säännöllisesti: <input type="checkbox"/> päivätoiminnassa, missä ja miten usein _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> kotipalvelu, miten usein _____ <input type="checkbox"/> kotisairaanhoido, miten usein _____ <input type="checkbox"/> joku muu perheen ulkopuolinen avustaja, miten usein _____ _____	<input type="checkbox"/> lyhytaikaishoidossa, missä ja miten usein _____ _____ <input type="checkbox"/> muualla, missä _____ <input type="checkbox"/> henkilökohtainen avustaja _____

Mitä muuta apua toivotte hoidettavan hoitamiseen?

KELAN HOITOTUKI	<input type="checkbox"/> alinhoitotuki _____ e/kk <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki _____ e/kk <input type="checkbox"/> erityishoitotuki _____ e/kk <input type="checkbox"/> vireillä <input type="checkbox"/> erityishoitoraha _____ e/kk <input type="checkbox"/> kotihoidontuki _____ e/kk <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ e/kk
------------------------	--

ALLEKIRJOITUKSET JA PÄIVÄYS

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi
 Paikka _____ Päiväys _____ / _____ 200_____

Hoidettavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Hoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Kunnan edustaja täyttää