



LOPEN KUNTA
Omaishoidontuki,
040 500 1740
Yhdystie 5, 12700 Loppi

HAKEMUS
OMAISHOIDONTUKI,
alle 65 vuotiaat

Hakemus saapunut: _____ / _____ 20_____

**Hakemukseen tulee liittää lääkärin C-lausunto,
joka ei saa olla puolta vuotta vanhempi.**

HOIDETTAVA	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio- / avoliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski
	Ammatti (myös entinen)	Puhelin
	Perhetiedot Perheen koko _____ perheenjäsentä Perheessä on _____ alle 18-vuotiasta lasta, syntymävuodet _____	
	Hoidettavan terveydentila / sairaudet	
HOITAJA	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	
	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 on jäänyt pois omasta työstään hoitotyön vuoksi, alkaen
	Hoitajan terveys, toimintakyky ja sairaudet	

HOIDETTAVAN FYYSINEN TOIMINTA- KYKY	Näkö <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea <input type="checkbox"/> silmälasit	Kuulo <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuuro <input type="checkbox"/> kuulolaite	Puhe <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> epäselvä <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> ei ymmärrä puhetta
	Lisätietoja		
	Tasapaino <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> huimaa <input type="checkbox"/> kaatuilee	Muisti <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> jonkin verran ongelmia <input type="checkbox"/> muistamaton	Nukkuminen <input type="checkbox"/> nukkuu hyvin <input type="checkbox"/> nukkuu levottomasti <input type="checkbox"/> unilääkitys
	Lisätietoja		
	Liikkuminen <input type="checkbox"/> liikkuu itsenäisesti <input type="checkbox"/> liikkuu talutettuna <input type="checkbox"/> liikkuu apuvälineen kanssa <input type="checkbox"/> pyörätuoli	Virtsan pidätyskyky <input type="checkbox"/> pidätyskykyinen <input type="checkbox"/> osittainen pidätyskyky <input type="checkbox"/> kasteleva <input type="checkbox"/> vaipat	Ulosteen pidätyskyky <input type="checkbox"/> pidätyskykyinen <input type="checkbox"/> osittainen pidätyskyky <input type="checkbox"/> pidätyskyvytön <input type="checkbox"/> vaipat
	Lisätietoja		
Syöminen <input type="checkbox"/> syö itse <input type="checkbox"/> autettava, tarvitsee ohjausta <input type="checkbox"/> syötettävä	Pukeutuminen <input type="checkbox"/> omatoiminen <input type="checkbox"/> autettava, tarvitsee ohjausta <input type="checkbox"/> ei osaa pukeutua itse	Peseytyminen <input type="checkbox"/> omatoiminen <input type="checkbox"/> autettava, tarvitsee ohjausta <input type="checkbox"/> ei selviydy pesusta itse <input type="checkbox"/> vastustaa pesua	
Lisätietoja			
APUVÄLINEET			
HOIDETTAVAN PSYKKINEN TOIMINTA- KYKY	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> masentunut <input type="checkbox"/> aggressiivinen <input type="checkbox"/> sekava	<input type="checkbox"/> häiritsevä <input type="checkbox"/> harhaileva <input type="checkbox"/> kontaktikyvytön	
	Lisätietoja		

HOIDETTAVAN SOSIAALINEN TOIMINTA-KYKY	Osallistuminen päivittäiseen sosiaaliseen toimintaan <input type="checkbox"/> aktiivisesti mukana <input type="checkbox"/> tarvitsee kannustusta osallistuakseen <input type="checkbox"/> mielellään ulkopuolisena tarkkailijana <input type="checkbox"/> haluaa olla yksin, ei osallistu	
HOIDON SITOVUUS	Onko hoitajan antama apu <input type="checkbox"/> ohjausta <input type="checkbox"/> avustamista <input type="checkbox"/> valvontaa <input type="checkbox"/> hoitamista	Onko hoitajan antama apu <input type="checkbox"/> ympärivuorokautista <input type="checkbox"/> päivittäistä <input type="checkbox"/> kerran päivässä tapahtuvaa <input type="checkbox"/> harvemmin kuin kerran päivässä tapahtuvaa
PALVELUT	<input type="checkbox"/> ateriapalvelu <input type="checkbox"/> turvapuuhelin <input type="checkbox"/> siivouspalvelu <input type="checkbox"/> asiointipalvelu <input type="checkbox"/> muu, mikä	<input type="checkbox"/> kotipalvelu <input type="checkbox"/> kotisairaanhoido <input type="checkbox"/> päivätoiminta <input type="checkbox"/> lyhytaikashoito <input type="checkbox"/> henkilökohtainen avustaja
Mitä muuta apua toivotte hoidettavan hoitamiseen?		
KELAN HOITOTUKI	<input type="checkbox"/> alin hoitotuki <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> erityishoitotuki <input type="checkbox"/> erityishoitoraha <input type="checkbox"/> kotihoidontuki	
SUOSTUMUS ASIAKAS- TIETOJEN YHTEIS- KÄYTTÖÖN	<p>Suostun siihen, että koti-, vammais- ja vanhuspalveluissa tarvittavia kotihoitoa ja terveydentilaani koskevia tietoja voidaan tallettaa osittain yhteisesti pidettävään asiakasrekisteriin. Rekisterinpitäjänä toimii Lopen kunnan perusturvalautakunta. Lopen kunnan perusturvapalvelujen henkilöstö, joka osallistuu hoitoni voi tehtävien edellyttäessä ja hoitoni sitä vaatiessa lukea tai kirjata tietoja myös Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän ja Kanta-Hämeen keskussairaalan kuntayhtymän tallentamiin tietoihin.</p> <input type="checkbox"/> En suostu tietojeni yhteiskäyttöön <input type="checkbox"/> Suostun tietojeni yhteiskäyttöön Tietojenkäsittelyoikeus ja tietojen luovuttaminen koskee asiakkaan nykyistä kotihoidon hoito- ja palvelujaksoa.	
PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	Loppi Päiväys ____/____ 202____ Hoidettavan allekirjoitus Hoitajan allekirjoitus	