



Hakemus kotona asumista tukeviin palveluihin

HAKEMUKSELLA HAETAAN

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kotihoito | <input type="checkbox"/> Turvapalvelu | <input type="checkbox"/> Saattaja-apu/asiointi |
| <input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoito | <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu | <input type="checkbox"/> Kylvetyspalvelu |
| <input type="checkbox"/> Kuntouttava päivätoiminta | <input type="checkbox"/> Pyykkipalvelu | <input type="checkbox"/> Kauppa-/asiointipalvelu |

HENKILÖTIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
------	---------------

Osoite	Puhelin
--------	---------

Lähin omainen/asioidenhoitaja/edunvalvoja osoite ja puhelin

- Hakija on sotainvalidi _____ % Veteraani Vaikeavammainen, invaliditeetti _____ %

Saa

- Kelan alinta hoitotukea korotettua hoitotukea ylintä hoitotukea

ASUMINEN

- Yksin Yhdessä
- Omakotitalo Rivitalo Kerrostalo Palvelutalo
- Wc sisätiloissa Suihku- ja kylpyhuone sisätiloissa Huoneistokohtainen sauna Keskus- ja sähkölämmitys

Lisätiedot asumisesta /esim. puutteelliset asumisolosuhteet, selvitys asunnon o tehdyistä muutostöistä, puulämmitys, portaikot tai muut esteet yms.):

NYKYISET PALVELUT

- Kotihoito, kuinka usein _____ vrk/vko/kk Mitä palvelua: _____
- Omaisten tai läheisten antama tuki, mitä: _____
- Muun palveluntuottajan tuki, mitä: _____

MUUT PALVELUT

- Lyhytaikaishoito Ateriapalvelu, kuinka usein: _____ Turvapalvelu
 Kuljetuspalvelu Kuntouttava päivätoiminta Kylvetyspalvelu Saattaja-apu/asiointi
 Muu, mikä: _____

Lyhytaikaishoito, missä ja kuinka usein? _____

Muut palvelut, missä ja kuinka usein? _____

KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET

PÄIVITTÄINEN HOIDON TARVE

- | | | | | |
|------------------|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| Liikkuminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> apuvälineen avulla | <input type="checkbox"/> paljon autettava | <input type="checkbox"/> vuodepotilas |
| Syöminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> autettava | <input type="checkbox"/> syötettävä | |
| Lääkitys | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> ohjatusti | <input type="checkbox"/> valvottava | |
| Peseytyminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava | |
| Pukeutuminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava | |
| Näkö | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> heikentynyt | <input type="checkbox"/> sokea | |
| Kuulo | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> heikentynyt | <input type="checkbox"/> kuuro | |
| Muisti | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> alentunut | <input type="checkbox"/> muistamaton | |
| Puhuminen | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> puhehäiriö | <input type="checkbox"/> puhumaton | |
| WC:ssä käynti | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> autettava | <input type="checkbox"/> alusastia | |
| Virtsan pidätys | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> kastelu | <input type="checkbox"/> katetri <input type="checkbox"/> vaipat | |
| Ulosteen pidätys | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> ummetus <input type="checkbox"/> tuhriva | <input type="checkbox"/> avanne <input type="checkbox"/> toimitettuna <input type="checkbox"/> vaipat | |
-

SELVITYS KOTIHOIDON TARPEESTA

SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUKSET

Allekirjoituksellani annan luvan minua koskevien tietojen käsittelyyn moniammatillisessa SAS-työryhmässä (selvitys-, arviointi- ja sijoitusryhmä) sekä näiden tietojen siirtoon tulevalle hoitoyksikölle. Lisäksi annan luvan terveydenhuollon Pegasos-ohjelman tietojen yhteiskäyttöön.

Paikka _____ . _____ . 20 _____

Allekirjoitus _____

HAKEMUKSEN PALAUTUS OSOITTEESEEN

Avopalveluohjaaja
Suvannontie 2
29200 Harjavalta