



Hakemus omaishoidon tukea varten

HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT

Nimi		Henkilötunnus	
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin
Muut samassa taloudessa asuvat			

HOITAJAN HENKILÖTIEDOT

Nimi		Henkilötunnus	
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka	
Puhelin			

Hoitaja on sukulainen ☐ ei ☐ kyllä, mikä _____

Hoitaja on ☐ kokopäivätyössä ☐ osa-aikatyössä ☐ ei ansiotyössä ☐ eläkkeellä

Hoitaja on jäänyt pois omasta työstä hoitotyön vuoksi, alkaen _____

HOIDETTAVAN SAIRAUS TAI VAMMA

PALVELUT

Onko hoidettava päivittäin tai muuten säännöllisesti

Päivähoidossa	☐ ei	☐ kyllä, kuinka usein
Koulussa	☐ ei	☐ kyllä, kuinka usein
Työtoiminnassa	☐ ei	☐ kyllä, kuinka usein
Päivätoiminnassa	☐ ei	☐ kyllä, kuinka usein

Saako hoidettava seuraavia palveluita

Kotihoito	☐ ei	☐ kyllä, kuinka usein
Henkilökohtainen avustaja	☐ ei	☐ kyllä, kuinka usein

Käyttääkö hoidettava muita terveydenhuollon palveluita

Onko hoidettavalle myönnetty Kelan eläkkeensaajien / lasten hoitotukea, vammaistukea tai erityishoitorahaa?

☐ ei ☐ kyllä, mitä _____

TIEDOT HOIDON JA HOIVAN TARPEESTA

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

Hoidettava tarvitsee yövalvontaa ☐ ei ☐ kyllä

Hoidettava voi olla ilman toisen henkilön apua tai valvontaa _____ tuntia/vuorokausi

Hoidettavan avuntarve: _____

Toimet, joista hoidettava selviytyy itsenäisesti: _____

SUOSTUMUS

Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta

Hoidettava ☐ kyllä ☐ ei

Hoitaja ☐ kyllä ☐ ei

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET

Nakkila _____ . _____ . 20 _____

_____	_____
Hoidettavan allekirjoitus	Hoitajan allekirjoitus

LIITTEET JA LOMAKKEEN PALAUTUS

Lääkärintodistus tai muu asiantuntijan lausunto _____ kpl

Voitte halutessanne toimittaa tukihakemuksen käsittelyyn liittyvät lausunnot (lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen). Tarvittaessa pyydämme lisäselvityksiä.

Lomakkeen ja liitteiden palautus osoitteeseen
Vastaava palveluohjaaja, Palvelukatu 10, 29200 Harjavalta