



Hakemus ympärivuorokautiseen hoitoon

HAKEMUKSELLA HAETAAN

- Ympärivuorokautinen hoito Perhehoito

HENKILÖTIEDOT

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

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

Lähin omainen/asioidenhoitaja/edunvalvoja osoite ja puhelin

edunvalvoja/asioidenhoitaja puoliso lapsi muu omainen tai läheinen, mikä?

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

Saa Kelan alinta hoitotukea korotettua hoitotukea ylintä hoitotukea

ASUMINEN

- Yksin Yhdessä, kenen kanssa _____

NYKYISET PALVELUT

- Kotihoito, kuinka usein _____ vrk/vko/kk
 Omaisten tai läheisten antama 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 YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON 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

Asumispalveluohjaaja
Suvannontie 2
29200 Harjavalta