



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 SAIRAUUS 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 | <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 |

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

Harjavalta _____ . _____ . 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