

HAKEMUS- OMAISHOIDON TUKI

Saapunut: _____

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 PSYYKKINEN TOIMINTA- KYKY	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> masentunut <input type="checkbox"/> aggressiivinen <input type="checkbox"/> sekava	<input type="checkbox"/> häiritsevää <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"/> lyhytaikaishoito <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	

ASIAKASTIETOJEN KÄSITTELY:	Palvelutarpeen selvittämiseen käytetyssä lomakkeessa nimetyt tahot voivat tarvittaessa vaihtaa tietoja ja tehdä yhteistyötä palveluiden järjestämiseen liittyvissä asioissa. Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	Hausjärvi Päiväys _____ / _____ 202__ Hoidettavan allekirjoitus _____ Hoitajan allekirjoitus _____	