

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	<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

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
Nakkilan kunta/Vanhuspalvelut, PL 50, 29251 NAKKILA