

Hyvinvointipalvelut
Omaishoito / vammaispalvelu
0503146115

OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS 16–64-VUOTIAALLE

1 Hoidettavan henkilötiedot

Nimi: _____
Henkilötunnus: _____ *Siviilisääty:* _____
Osoite: _____
_____ *Puh.nro:* _____
Kelan hoito- tai vammaistuki € / kk _____
Tuen voimassaoloaika _____

2 Perheenjäsenet ja muut auttajat

3 Asumisolosuhteet, esteettömyys sisällä kodissa ja lähiympäristössä (Jos haetaan liikkumisen haitan takia)

4 Vamma tai sairaus ja vaikutus toimintakykyyn. (Liitteeksi lääkärinlausunnon tai kuntoutussuunnitelman kopio)

5 Tarvittava hoito ja apu

6 Valvonnan tarve

Minkälaista valvontaa hoidettava tarvitsee?

Kuinka pitkään hoidettava voi olla yksin kotona?

7 Avun ja valvonnan tarve yöllä

- ei ollenkaan
 toisinaan
 säännöllisesti

Minkälaista?

8 Toimintakyky

Liikkuminen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> talutettava |
| <input type="checkbox"/> epävarma, kuitenkin ilman apuvälineitä (keppi) | <input type="checkbox"/> kaatuileva |
| <input type="checkbox"/> käytössä kävelyteline | <input type="checkbox"/> avustettava pyörätuoliin |
| <input type="checkbox"/> itsenäinen pyörätuolilla | <input type="checkbox"/> vuodepotilas |

Toimintakyky

	itsenäisesti	rajoittunut	täysin autettava
pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruokailu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wc: virtsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wc: uloste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkuminen lähiympäristössä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	normaali	rajoittunut	vaikeasti rajoittunut
näkö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muisti normaali alentunut muistamaton

Psyyke normaali masentunut aggressiivinen sekava
 häiritsevä harhaileva kontaktikyvytön

9 Muut palvelut (sosiaali-, terveys- ym. säännöllisesti käytetyt palvelut, kodin ulkopuolella, esim. opiskelu, työ)

10 Hoitajan tiedot

Hoitaja on: äiti puoliso / avopuoliso joku muu
 isä lapsi muu omainen

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero _____

Jos hoitaja on ansiotyössä, niin onko työ? kokopäiväistä osapäiväistä satunnaista

Asuuko hoitaja samassa taloudessa? kyllä ei

Hoitajan terveydentila ja jaksaminen
(tarvittaessa lääkärinlausunto) _____

Mikä auttaa jaksamaan hoitajana? _____

11 Muuta huomioitavaa

12 Liitteet:

Edellä olevat tiedot vakuutan oikeiksi ja suostun palvelujen järjestämiseksi näiden tietojen antamiseen sosi-
aali- ja terveydenhuoltoon.

Kaarinassa _____

Kotikäyntipäivämäärä _____

**HAKEMUS PALAUTETAAN OSOITTEELLA:
 VAMMAISPALVELU, LAUTAKUNNANKATU 4
 20780 KAARINA**