

**OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS 65 VUOTTA TÄYTTÄNEILLE****1 Hoidettavan henkilötiedot**

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_ Siviilisääty \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Postinumero \_\_\_\_\_ Paikkakunta \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Kelan eläkettä saavan hoitotuki € / kk \_\_\_\_\_

**2 Perheenjäsenet ja lähiverkosto**

---

---

---

**3 Asumisolosuhteet** (mukavuuksien puute, ulospääsy)

---

---

---

**4 Vamma tai sairaus ja vaikutus toimintakykyyn** (Mistä alkaen? Lääkärinlausunto antaa lisätietoa.)

---

---

---

**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 = Rava-toimintakykymittari

### Liikkuminen sisätiloissa

- normaali  
 epävarma, voi tukeutua esimerkiksi huonekaluihin tai keppiin  
 itsenäinen kävelytuen avulla  
 itsenäinen pyörätuolin avulla
- avustettava tai ohjattava  
 kaatuileva  
 avustettava siirtymisissä pyörätuoliin tai vastaavaan  
 vuodepotilas: terveydentila tai toimintakyky estää istuma-asennon

### Suoriutumiskyky

	itsenäisesti	rajoittunut	täysin autettava
pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruokaileminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wc: virtsaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wc: ulostaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lääkehoidon toteutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkuminen lähiympäristössä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	normaali ikään nähden	kohtalaisen 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 ja orientaatio**       normaali       alentunut       muistamaton

### Mieliala ja käyttäytyminen

- normaali       masentunut       aggressiivinen  
 sekava       häiritsevä       eksyvä  
 kontaktikyvytön

## 9 Muut palvelut (sosiaali-, terveys- ym. säännöllisesti käytetyt palvelut)

---



---



---

## 10 Hoitajan oma, subjektiivinen kokemus hoidon raskaudesta

Hoitoisuus: rasti janalle	0	4	6	8	10
	Helppo	Kohtalaisen helppo	Keskiraskas	Raskas	Erittäin raskas

**11 Hoitajan tiedot**

Hoitaja on:  puoliso / avopuoliso  joku muu  
 lapsi  muu omainen

Nimi: \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Onko hoitaja  työssä  eläkkeellä  työtön

Asuuko hoitaja samassa taloudessa?  kyllä  ei

Hoitajan terveydentila ja jaksaminen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mikä auttaa jaksamaan hoitajana? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12 Muuta huomioitavaa**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13 Liitteet:**

\_\_\_\_\_

*Edellä olevat tiedot vakuutan oikeiksi ja suostun palvelujen järjestämiseksi näiden tietojen antamiseen ja saamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa.*

Kaarinassa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kotikäyntipäivämäärä \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Omaishoidon kotikäynnillä tarkistetaan, onko hoidettava allekirjoittanut Kaarinan Hyvinvointipalveluiden Suostumus-lomakkeen.*

**Hakemus palautetaan omaishoidon palveluohjaajalle joko osoitteella Luhakatu 1,  
20660 Littoinen tai Kaarinan kaupungin palvelupisteisiin.**