



Saapumispäivämäärä _____

HAKIJAN (HOITAJAN) HENKILÖTIEDOT	Nimi _____ Henkilötunnus _____ Lähiosoite _____ Postinumero ja –toimipaikka _____ Puhelin/koti _____ Puhelin työ _____ Hoitaja on sukulainen <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä mikä
HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT	Nimi _____ Henkilötunnus _____ Lähiosoite _____ Postinumero ja –toimipaikka _____ Puhelin _____ Perhesuhteet _____
TIEDOT HOIDON TAI HOIVAN TARPEESTA	Vamma tai sairaus _____ Liikkuminen: <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee apua <input type="checkbox"/> autettava Käytettävissä olevat apuvälineet: _____ Syöminen: <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee apua <input type="checkbox"/> autettava Peseytyminen: <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee apua <input type="checkbox"/> autettava Pukeutuminen: <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee apua <input type="checkbox"/> autettava Näkö, kuulo, muisti: _____ Muuta _____



	<p>Kuinka paljon ja kuinka usein on autettava päivittäisissä toiminnoissa?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Voiko hoidettava olla määräajan ilman toisen henkilön apua? Kuinka pitkään?</p> <p>_____</p> <p>Onko hoidettavalla päivisin joku muu hoitopaikka (päivähoitopaikka, koulu tms.), mikä? _____</p> <p>Onko omaishoitaja jäänyt pois ansiotyöstä hoidettavan vamman tai sairauden takia?</p> <p>_____</p> <p>Hoitava lääkäri/omalääkäri</p> <p>_____</p> <p>Saako hoidettava KEELA:lta hoitotukea?</p> <p><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, määrä /kk _____ <input type="checkbox"/> vireillä</p>
MUUT PALVELUT	<p>Saako hoidettava seuraavia palveluja</p> <p>Kotipalvelu <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p> <p>Kotisairaanhoito <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p> <p>Lasten tai vanhusten päivähoito <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p> <p>Muu, mikä? _____</p>
LIITTEET	<p><input type="checkbox"/> C-lääkärintodistus tai vastaava</p>
LISÄTIETOJA	
Päiväys ____ / ____ 20____	<input type="checkbox"/> Samalla suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta
Hoitajan allekirjoitus	Hoidettavan allekirjoitus
-----	-----