



Saapumispäivämäärä \_\_\_\_\_

<b>HAKIJAN (HOITAJAN) HENKILÖTIEDOT</b>	Nimi _____ Henkilötunnus _____ Lähiosoite _____ Postinumero ja –toimipaikka _____ Puhelin/koti _____ Puhelin työ _____ Hoitaja on sukulainen <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä mikä
<b>HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT</b>	Nimi _____ Henkilötunnus _____ Lähiosoite _____ Postinumero ja –toimipaikka _____ Puhelin _____ Perhesuhteet _____
<b>TIEDOT HOIDON TAI HOIVAN TARPEESTA</b>	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>_____</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>_____</p> <p>Onko omaishoitaja jäänyt pois ansiotyöstä hoidettavan vamman tai sairauden takia?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Hoitava lääkäri/omalääkäri</p> <p>_____</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
-----	-----