

Hakemus saapunut (pvm.)	
Vastaanottaja	

Hakijan/ hoidettavan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus	
	Osoite (katuosoite, postinumero ja toimipaikka)	Puhelin ja matkapuhelin	
	Kotikunta		
Hoitajan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus	
	Osoite	Puhelin ja matkapuhelin	
	Sähköpostiosoite	Sukulaisuussuhde	
Hoidettavan olosuhteet	<input type="checkbox"/> Asuu hoitajan kanssa <input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu muun henkilön kanssa Käytössä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut <input type="checkbox"/> Kotihoito <input type="checkbox"/> Päivätoiminta <input type="checkbox"/> Vuorohoito <input type="checkbox"/> Muuta		
Hoitoisuus	<input type="checkbox"/> Hoidettava selviytyy osan vuorokaudesta yksin _____ tuntia Hoidettava selviytyy yön ilman apua tai valvontaa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Hoidettava tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa		
	Hoidettava tarvitsee apua		
	<input type="checkbox"/> peseytymisessä <input type="checkbox"/> pukeutumisessa <input type="checkbox"/> WC-asioiden hoidossa <input type="checkbox"/> liikkumisessa <input type="checkbox"/> ruokailussa <input type="checkbox"/> lääkkeiden ottamisessa		
	Hoidettava <input type="checkbox"/> on muistamaton <input type="checkbox"/> karkailee <input type="checkbox"/> on valvottava/ohjattava		
Hoitajaa koskevat tiedot	Hoitaja on <input type="checkbox"/> kotona <input type="checkbox"/> osa-aikatyössä <input type="checkbox"/> kokopäivätyössä		
	Omaishoitajan mahdolliset toimintakyvyn rajoitukset, jotka vaikuttavat omaishoitajana toimimiseen <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> On Millaisia? _____		
Lisätiedot	Saako hoidettava Kelan eläkkeensaajan hoitotukea?	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
	Onko hoitotuen hakemus/korotus vireillä	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
Esim. päivittäisen hoidon sisältö (tietoja voi myös tarvittaessa ilmoittaa erillisellä lomakkeella) Sivulle 2			
Suostumus tietojen antamiseen	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta <input type="checkbox"/> En anna suostumustani		

Hakemus saapunut (pvm.)	
Vastaanottaja	

Asiakastietojen käsittely	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni omaishoidon palvelua ja terveydentilaani koskevien tietojen katsomiseen ja tallentamiseen terveydenhuollon asiakasrekisteriin. Rekisterinpitäjänä toimii Mäntsälän kunta. <input type="checkbox"/> En anna suostumustani
Hyväksyntä	Hoidettava hyväksyy tässä ehdotetun hoitajakseen, jolta saa tarvitsemansa avun ja hoivan <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Päiväys ja allekirjoitus	Päiväys _____ Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus _____
Liitteet	Hakemuksen liitteeksi tarvitaan lääkärinlausunto tai muu terveydenhuollon ammattihenkilön lausunto hoidettavan terveydentilasta, toimintakyvystä ja hoidontarpeesta
Hakemuksen palautus	Mäntsälän kunta Mustijoen perusturva/omaishoito Kaakkumäentie 1 -3 04600 Mäntsälä
Lisätiedot	Esim. päivittäisen hoidon sisältö (tietoja voi myös tarvittaessa erillisellä lomakkeella).