

Saapunut ____/____/____

| | | |
|---|--|---------------|
| HOIDETTAVAN TIEDOT | Nimi | Henkilötunnus |
| | Osoite | Puhelinno |
| | Lähiomainen (nimi, osoite, puhelin) | |
| HOIDETTAVAN ASUMINEN | <p>Hoidettava asuu <input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> hoitajan kanssa <input type="checkbox"/> muun henkilön kanssa</p> <p>Asunnon kunto <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> huono</p> <p>Muuta huomioitavaa</p> | |
| SELVITYS SAIRAUDEN TAI VAMMAN AIHEUTTAMASTA TOIMINTAKYVYN ALENEMISESTA | <p>Sairaus tai vamma:</p> <p>Oireet ja haitat, joita sairaus tai vamma aiheuttaa:</p> <p>Saako hakija Kelan maksamaa hoitotukea <input type="checkbox"/> kyllä, _____ €/kk <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> haussa</p> | |
| AVUN JA HOIDON TARVE | <p>Päivittäinen henkilökohtainen avun ja hoidon tarve</p> <p>Avun tarve yöllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> usein</p> <p>Hoidettava voi olla yksin _____ tuntia vuorokaudessa</p> <p>Kotihoidon käynnit <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, määrä _____</p> | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY | Liikuntakyky <input type="checkbox"/> liikuntakykyinen <input type="checkbox"/> liikuntakyky rajoittunut Tarvittavat apuvälineet _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Aistitoiminnot Näkö <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea Kuulo <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> alentunut <input type="checkbox"/> kuuro Puhe <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> epäselvä <input type="checkbox"/> afasia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Suorittumiskyky <table border="0"> <tr> <td></td> <td>itsenäisesti</td> <td>rajoittunut</td> <td>täysin autettava</td> </tr> <tr> <td>Pukeutuminen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Syöminen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>WC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Peseytyminen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | | | itsenäisesti | rajoittunut | täysin autettava | Pukeutuminen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Syöminen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peseytyminen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | itsenäisesti | rajoittunut | täysin autettava | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pukeutuminen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Syöminen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peseytyminen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psyykinen toimintakyky <input type="checkbox"/> Asiallinen, rauhallinen <input type="checkbox"/> muisti heikentynyt <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> sekava ja levoton <input type="checkbox"/> toimintakyky muuten heikentynyt, miten? _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muistitutkimus tehty <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lääkitys <input type="checkbox"/> pystyy itse huolehtimaan <input type="checkbox"/> ei pysty itse huolehtimaan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HOITAJAN TIEDOT | Nimi | Henkilötunnus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Osoite | Puhelinno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hoitaja on <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka _____ <input type="checkbox"/> perheen ulkopuolinen hoitaja, kuka _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ansiotyössä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Eläkeläinen <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Muu, mikä _____ Hoitajan pankki ja IBAN-tilinumero _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALLEKIRJOITUS | <input type="checkbox"/> Valtuutan päättävän viranomaisen hankkimaan täydentäviä tietoja terveydentilasta. Paikka ja aika _____ Allekirjoitus _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LIITTEET | Hakemukseen tulee liittää ajan tasalla oleva lääkärinlausunto (lomake C tai B) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |