

Hakemus kotona asumista tukeviin palveluihin

HAKEMUKSELLA HAETAAN

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kotihoito | <input type="checkbox"/> Kuntouttava päivätoiminta | <input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoito |
| <input type="checkbox"/> Kauppapalvelu | <input type="checkbox"/> Kuljetus päivätoimintaan | <input type="checkbox"/> Palveluasuminen |
| <input type="checkbox"/> Turvapalvelu | <input type="checkbox"/> Kylvetyspalvelu | <input type="checkbox"/> Eurajoen ja Luvian vanhustentalot |
| <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu | <input type="checkbox"/> Pyykkipalvelu | |
- Erityisruokavalio:

HENKILÖTIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin
Lähin omainen/asioidenhoitaja/edunvalvoja osoite ja puhelin	

Hakija on sotainvalidi _____ % Veteraani Vaikeavammainen, invaliditeetti _____ %

Hakijaa saa Kelan alinta hoitotukea korotettua hoitotukea ylintä hoitotukea

ASUMINEN

- Yksin Yhdessä
- Omakotitalo Rivitalo Kerrostalo Palvelutalo
- Wc sisätiloissa Suihku- ja kylpyhuone sisätiloissa Huoneistokohtainen sauna Keskus- ja sähkölämmitys

Lisätiedot asumisesta /esim. puutteelliset asumisolosuhteet, selvitys asunnon o tehdyistä muutostöistä, puulämmitys, portaikot tai muut esteet yms.):

SAIRAUDET

KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET

PÄIVITTÄINEN HOIDON TARVE

- | | | | | |
|------------------|---------------------------------------|---|---|---|
| Liikkuminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> apuvälineen avulla | <input type="checkbox"/> paljon autettava | <input type="checkbox"/> vuodepotilas |
| Syöminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> autettava | <input type="checkbox"/> syötettävä | |
| Lääkitys | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> ohjatusti | <input type="checkbox"/> valvottava | |
| Peseytyminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava | |
| Pukeutuminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava | |
| Näkö | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> heikentynyt | <input type="checkbox"/> sokea | |
| Kuulo | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> heikentynyt | <input type="checkbox"/> kuuro | |
| Muisti | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> alentunut | <input type="checkbox"/> muistamaton | |
| Puhuminen | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> puhehäiriö | <input type="checkbox"/> puhumaton | |
| WC:ssä käynti | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> autettava | <input type="checkbox"/> alusastia | |
| Virtsan pidätys | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> kastelu | <input type="checkbox"/> katetri | <input type="checkbox"/> vaipat |
| Ulosteen pidätys | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> ummetus | <input type="checkbox"/> tuhriva | <input type="checkbox"/> avanne <input type="checkbox"/> toimitettuna <input type="checkbox"/> vaipat |

NYKYISET PALVELUT

- Kotihoito, kuinka usein _____ vrk/vko/kk Mitä palvelua: _____
- Omaisten tai läheisten antama tuki, mitä: _____
- Muun palveluntuottajan tuki, mitä: _____

- Lyhytaikaishoito Ateriapalvelu, kuinka usein: _____ Turvapalvelu
- Kuljetuspalvelu Kuntouttava päivätoiminta Kylvetyspalvelu Saattaja-apu/asiointi

- Muu, mikä: _____

Lyhytaikaishoito, missä ja kuinka usein? _____

Muut palvelut, missä ja kuinka usein? _____

SELVITYS PALVELUN TARPEESTA

VAIN TURVAPUHELINTILAUSTA TEHTÄESSÄ TARVITTAVAT LISÄTIEDOT:

Laitteet:

- Turvapuhelin
- Paikantava turvakello
- Tai muu lisäpalvelu

Riskitiedot:

- Ei riskiä
- 2 auttajaa (obeesi)
- Tartuntariski (esim. ESBL, MRSA)
- Väkivaltainen (asiakas/omainen)
- Koira/kissa
- Avaintieto:

Yhteyshenkilöt turvapalvelulle:

1. _____

2. _____

Omainen

Auttajataho

Omainen

Auttajataho

SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUKSET

Allekirjoituksellani annan luvan minua koskevien tietojen käsittelyyn moniammatillisessa SAS-työryhmässä (selvitys-, arviointi- ja sijoitusryhmä) sekä näiden tietojen siirtoon tulevalle hoitoyksikölle. Lisäksi annan luvan terveydenhuollon potilastietojärjestelmän tietojen käyttöön.

Paikka _____ . _____ .20 _____

Allekirjoitus _____

HAKEMUKSEN PALAUTUS OSOITTEESEEN

Eurajoki

Palveluohjaaja
Palvelukeskus Jokisimpukka
Rantaperentie 1,
27100 Eurajoki

Harjavalta

Palveluohjaaja
vanhainkoti Hopearanta,
Suvannontie 2,
29200 Harjavalta

Kokemäki

Palveluohjaaja
Palvelukeskus Henrikinhovi,
Iltarusko 1,
32800 Kokemäki

Nakkila

Palveluohjaaja
Palvelukeskus Hyppinki,
Penttiläntie 2,
29250 Nakkila