



Härkätien sosiaali- ja terveystalvelut
PL 24
21421 Lieto

HAKEMUS

Omaishoidontuki yli 18 -vuotiaat

VIRANHALTIJA TÄYTTÄÄ	
Hakemus saapunut: _____ Kotikäynti: _____	
HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT	Nimi _____ Henkilötunnus _____
	Ammatti _____ Puhelin _____
	Jakeluosoite _____ Postinumero ja postitoimipaikka _____
HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT	Hoitajan nimi _____ Henkilötunnus _____
	Ammatti _____ Puhelin _____
	Jakeluosoite _____ Postinumero ja postitoimipaikka _____
	Hoitaja on <input type="checkbox"/> kokopäivätoisssä <input type="checkbox"/> osapäivätoisssä <input type="checkbox"/> ei ansiotyössä
	Hoitaja on jäänyt pois työstä hoidon vuoksi, alkaen _____
	Hoitaja on <input type="checkbox"/> avio/avopuoliso <input type="checkbox"/> äiti / isä <input type="checkbox"/> tytär/poika <input type="checkbox"/> muu
Alle 18-vuotiaiden huollettavien lasten lukumäärä _____	
Hoitajan pankkiyhteystiedot	
Konttori _____	Iban-tilinumero _____
HOITAJAN TERVEYDENTILA JA JAKSAMINEN	
HOITAJAN OMAKOHTAINEN KOKEMUS HOIDON RASKAUDESTA	<input type="checkbox"/> Helppo <input type="checkbox"/> Kohtalaisen helppo <input type="checkbox"/> Keskiraskas <input type="checkbox"/> Raskas <input type="checkbox"/> Erittäin raskas

VAMMA TAI SAIRAUUS JA SEN VAIKUTUS TOIMINTAKYKYYN (liitteeksi uusin lääkärintlausunto tai kopio kuntoutussuunnitelmasta)																																																									
TARVITTAVA HOITO/APU (henkilökohtaisissa toiminnoissa, lääkähoidossa)																																																									
PSYYKKINEN TOIMINTAKYKY, MUISTI, KÄYTÄYTYMINEN (kuvaile laatusanoin esim. asiallinen, sekava, levoton, valvottava)																																																									
FYYSINEN TOIMINTAKYKY	<p>Liikkuminen</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> itsenäisesti</td> <td><input type="checkbox"/> autettuna taluttaen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> epävarmasti, kuitenkin ilman apuvälineitä</td> <td><input type="checkbox"/> pyörätuolilla itsenäisesti</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> kepin, kainalosauvojen avulla</td> <td><input type="checkbox"/> pyörätuolilla autettuna</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> vuodepotilas</td> </tr> </table> <p>Suorituskyky</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>itsenäisesti</th> <th>rajoittunut</th> <th>täysin autettava</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <tr> <td>lääkkeiden anto/otto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>liikkuminen lähiympäristössä</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>normaali</th> <th>lievästi rajoittunut</th> <th>kohtalaisen rajoittunut</th> <th>vaikeasti rajoittunut</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>näkö</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>kuulo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>puhe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> autettuna taluttaen	<input type="checkbox"/> epävarmasti, kuitenkin ilman apuvälineitä	<input type="checkbox"/> pyörätuolilla itsenäisesti	<input type="checkbox"/> kepin, kainalosauvojen avulla	<input type="checkbox"/> pyörätuolilla autettuna		<input type="checkbox"/> vuodepotilas		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"/>	lääkkeiden anto/otto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	liikkuminen lähiympäristössä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		normaali	lievästi rajoittunut	kohtalaisen rajoittunut	vaikeasti rajoittunut	näkö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kuulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	puhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> autettuna taluttaen																																																								
<input type="checkbox"/> epävarmasti, kuitenkin ilman apuvälineitä	<input type="checkbox"/> pyörätuolilla itsenäisesti																																																								
<input type="checkbox"/> kepin, kainalosauvojen avulla	<input type="checkbox"/> pyörätuolilla autettuna																																																								
	<input type="checkbox"/> vuodepotilas																																																								
	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"/>																																																						
lääkkeiden anto/otto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
liikkuminen lähiympäristössä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
	normaali	lievästi rajoittunut	kohtalaisen rajoittunut	vaikeasti rajoittunut																																																					
näkö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
kuulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
puhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					

VALVONNAN JA AVUNTARVE (vamman tai sairau- den vuoksi)	Vaatii jatkuvaa silmälläpitoa <input type="checkbox"/> Vaatii osittaista silmälläpitoa <input type="checkbox"/> Minkälaista valvontaa hoidettava tarvitsee? Voiko olla yksin kotona ja kuinka pitkän ajan?
AVUNTARVE YÖLLÄ	<input type="checkbox"/> ei ollenkaan <input type="checkbox"/> säännöllisesti <input type="checkbox"/> toisinaan Minkälaista:
ASUMISOLOSUH- TEET (mukavuuksi- en puute, ulospääsy, asunnon muutostöi- den tarve)	
KELAN HOITOTU- KI	Hoitotuki _____ /kk
MUUT PALVELUT (sosiaali-, terveys- ym. säännöllisesti käytetyt palvelut)	
SUOSTUMUS	Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimi- seen muilta viranomaisilta Hakija (hoidettava) <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Hoitaja <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Edellä olevat tiedot vakuutan oikeiksi ja suostun palvelujen järjestämiseksi näiden tietojen antamiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon.	
Liedossa _____ / _____ 20 _____	
_____ Hoidettavan allekirjoitus	_____ Hoitajan allekirjoitus