



Härkätien sosiaali- ja terveyspalvelut
PL 24
21421 Lieto

HAKEMUS

Omaishoidontuki alle 18 -vuotiaat

VIRANHALTIJA TÄYTTÄÄ	
Hakemus saapunut: _____ Kotikäynti: _____	
HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT	Nimi _____ Henkilötunnus _____
	Jakeluosoite _____ Postinumero ja postitoimipaikka _____
	Puhelin _____
HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT	Hoitajan nimi _____ Henkilötunnus _____
	Ammatti _____ Puhelin _____
	Jakeluosoite _____ Postinumero ja postitoimipaikka _____
	Hoitaja on <input type="checkbox"/> kokopäivätoisissa <input type="checkbox"/> osapäivätoisissa <input type="checkbox"/> ei ansiotyössä
	Hoitaja on jäänyt pois työstä hoidon vuoksi, alkaen _____
Alle 18-vuotiaiden huollettavien lasten lukumäärä _____	
Hoitajan pankkiyhteystiedot	Konttori _____ Iban-tilinumero _____
HOITAJAN TERVEYDENTILA JA JAKSAMINEN	
MUUT PERHEENJÄSENET JA AUTTAJAT	
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 SAIRAU SAIRAU JA SEN VAIKUTUS TOIMINTAKYKYYN (liitteeksi uusien lääkärintuoto tai kopio kuntoutussuunnitelmasta)																																																									
TARVITTAVA HOITO JA APU SAMAN IKÄISEEN LAPSEEN VERRATTUNA																																																									
PSYKKINEN TOIMINTAKYKY, MUISTI, KÄYTÄYTYMINEN (kuvaile laatusanoilla 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><input type="checkbox"/> dallarin avulla</td> <td><input type="checkbox"/> vuodepotilas</td> </tr> </table> <p>Suoriutumiskyky</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> <p>Mahdolliset apuvälineet:</p>	<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"/> dallarin avulla	<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"/> dallarin avulla	<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 TARVE PÄIVÄLLÄ (saman ikäiseen ver- rattuna)	<input type="checkbox"/> ei ollenkaan <input type="checkbox"/> toisinaan <input type="checkbox"/> säännöllisesti Minkälaista valvontaa hoidettava tarvitsee? Voiko olla yksin kotona ja kuinka pitkän ajan? (EI koske alle kouluikäisiä)
AVUNTARVE YÖLLÄ (saman ikäi- seen verrattuna)	<input type="checkbox"/> ei ollenkaan <input type="checkbox"/> toisinaan <input type="checkbox"/> säännöllisesti Minkälaista:
ASUMISOLOSUH- TEET (esteettömyys sisällä ja lähiympäris- tössä, mukavuuksien puute, ulospääsy, asunnon muutostöi- den tarve)	
KELAN HOITOTU- KI	Hoitotuki _____ /kk
MUUT PALVELUT (sosiaali-, terveys- ja kuntoutus ym. sään- nöllisesti käytetyt palvelut, päivähoito, koulu)	
SUOSTUMUS	Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimi- seen muilta viranomaisilta <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 _____ _____ Hoitajan allekirjoitus	