

Saapumispäivä: _____

Kotikäynti sovittu: _____

Kotikäynti tehty: _____

| | | | |
|--|---|--------------------------------|---|
| A) Hoidettavan henkilötiedot | Nimi | Henkilötunnus | Puhelin |
| | Osoite, postinumero ja -toimipaikka | | |
| | Lähiomainen | Puhelin | |
| | Osoite, Postinumero ja -toimipaikka | | |
| B) Ehdotus hoitajaksi | Nimi | Henkilötunnus | Puhelin kotiin |
| | Osoite, postinumero ja -toimipaikka | | Puhelin toimeen |
| | Sukulaisuussuhde hoidettavaan | Pankkitili | |
| Työssäkäynti | <input type="checkbox"/> kokopäivätyö, klo _____ <input type="checkbox"/> osapäivätyö, klo _____ <input type="checkbox"/> ei työssä <input type="checkbox"/> palkattomalla virkavapaalla; ajalla: ___/___ - ___/___ <input type="checkbox"/> eläkkeellä | | |
| | Onko hoitaja joutunut jäämään pois ansiotyöstä tai jäämään vuorotteluvapaalle toimiakseen omaishoitajana? <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin: _____ <input type="checkbox"/> Ei ole | | |
| | Vuorotteluvapaakorvaus: _____ €/kk | | |
| Hoitajan KELA- korvaukset | Saako hoitaja Kansaneläkelaitoksen myöntämää hoitotukea tai muuta korvausta? | | |
| | <input type="checkbox"/> alin hoitotuki €/kk: | Muuta: mitä €/kk: | |
| | <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki €/kk: | | |
| C) Hoidettavan asuinolosuhteet | <input type="checkbox"/> Kerrostaloasunto <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Muu: _____ | | |
| D) Palveluiden käyttö tai muu säännöllinen toiminta | † Kotihoidonpalvelut _____ tuntia/kk † Kotisairaanhoido _____ tuntia/kk † Päiväsairaala _____ pv/kk † Intervallihoido _____ pv/kk; missä: _____ † päivätoiminta _____ tuntia/vk; missä: _____ † koulu _____ tuntia/vk; missä: _____ † muu _____ tuntia/vk; missä: _____ | | † Turvapuhelin † Kuljetuspalvelut † Ateriapalvelut † Henkilökohtainen avustaja _____ t/vk |
| | Yksityiset palvelut, mitkä: | | |
| E) Hoidettavan KELA-korvaukset | Saako hoidettava Kansaneläkelaitoksen myöntämää korvausta? | | |
| | Hoitotuki _____ €/kk | Korotettu hoitotuki _____ €/kk | |
| | Vammaistuki _____ €/kk | Erytishoitotuki _____ €/kk | |
| | Erytishoitoraha _____ €/kk | Ei saada | |
| F) Hoidettavan erityisavun tarve | Ajoittain | Päivittäin | Ympäri vrk: n |
| | Hoitotoimenpiteet | | |
| | Sairauskohtaukset | | |
| | Levottomuus | | |
| | Yövalvominen | | |
| Muu, mikä: | | | |

| | |
|--|---|
| G) Sairaudet ja kotona selviytyminen omin sanoin | |
| Lääkärin lausunto | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei |
| H) Päivittäinen hoidon tarve | Kuvailekaa mahdollisimman tarkasti mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan sisältyy ja kuinka paljon aikaa kuluu tunteina: Päiväaikaan: _____ tuntia _____ tuntia _____ tuntia _____ tuntia Yöaikaan: _____ tuntia _____ tuntia _____ tuntia _____ tuntia |
| Hoidon sitovuus | Mikä on sitovaksi kokemanne hoitoaika hoidettavaan vuorokaudessa: _____ tuntia/vrk |
| Lisätietoja | |

| | |
|---|--|
| Omaishoitajan lakisääteiset vapaapäivät haluan järjestettävän, missä/miten: | |
| | |
| <input type="checkbox"/> | Tässä vaiheessa en halua sopia vapaapäivien järjestelyistä |

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|
| Suostun, että tietojani voidaan luovuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisille/yksityisille palvelun tuottajille | <input type="checkbox"/> | Kyllä | <input type="checkbox"/> | Ei |
| | | | | |

| | |
|------------------|------------------------|
| Allekirjoitukset | |
| Päiväys | Hoitajan allekirjoitus |
| Päiväys | Hoitajan allekirjoitus |

| | |
|---|---|
| Hakemuksen palautus: | Lisätietoja puh. 016 259 552 arkisin klo 9-13 |
| Palvelutarpeen arviointi Keskustan palvelukeskus Sauvosaarenkatu 25, 94100 Kemi | |