

**OMAI SHOIDONTUKI HAKEMUS**

Saapunut \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Hoidettavan nimi</b>	
<b>Henkilötunnus</b>	<b>Kotikunta</b>
<b>Osoite</b>	<b>Puhelin</b>
<b>Hoitajan nimi</b>	
<b>Henkilötunnus</b>	<b>Kotikunta</b>
<b>Osoite</b>	<b>Puhelin</b>
<b>Hoitajan suhde hoidettavaan</b>	
<input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Lapsi <input type="checkbox"/> Naapuri <input type="checkbox"/> Palkattu hoitaja	
muu, mikä <input type="checkbox"/>	
_____	
_____	
<b>Hoitaja asuu</b>	
<input type="checkbox"/> Yhdessä hoidettavan kanssa <input type="checkbox"/> Samassa talossa <input type="checkbox"/> Erillään	
<b>Onko hoitaja ansiotyössä</b>	
<input type="checkbox"/> Kotona <input type="checkbox"/> Kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> Ei ole ansiotyössä <input type="checkbox"/> Eläkkeellä <input type="checkbox"/> Vuorotteluvapaalla	
<input type="checkbox"/> Jäänyt pois ansiotyöstä hoitaakseen hoidettavaa	

**Hoidettavan sairaudet:**

**Hoidettavan avuntarve päivittäisissä toiminnoissa:**

Liikkuminen/apuvälineet: \_\_\_\_\_

Pukeutuminen: \_\_\_\_\_

Peseytyminen: \_\_\_\_\_

Wc-käynti: \_\_\_\_\_

Ruokailu: \_\_\_\_\_

Kodinhoito: \_\_\_\_\_

Lääkehoito: \_\_\_\_\_

Kauppa- ja raha-asiat: \_\_\_\_\_

Muu huolenpito/apu, mikä? \_\_\_\_\_

- |        |                                   |   |                                      |
|--------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| Muisti | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> alentunut        | <input type="checkbox"/> muistamaton |
| Näkö   | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> vaikea näkövamma | <input type="checkbox"/> sokea       |
| Kuulo  | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> huono            | <input type="checkbox"/> kuuro       |
| Puhe   | <input type="checkbox"/> normaali | <input type="checkbox"/> epäselvä         | <input type="checkbox"/> afasia      |

Tarvitseeko hoidettava apua öisin?

---

---

Kuinka kauan hoidettava selviää ilman toisen apua/valvontaa?

---

---

**Hoidettavan nykyiset palvelut:**

Kotipalvelu  käyntejä \_\_\_\_\_ vrk/vk/kk  
Kotisairaanhoido  käyntejä \_\_\_\_\_ vrk/vk/kk

Ateriapalvelu   
Turvapuhelin   
Kuljetuspalvelu   
Siivouspalvelu

Vuoroahoito/intervallijaksot, kuinka usein ja missä?

---

---

Muu palvelu, mikä? (esim. omainen, naapuri?)

---

---

**Kelan hoitotuki**       Alin hoitotuki    Korotettu hoitotuki    Erityishoitotuki

Päiväys \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hoidettavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Hakijan allekirjoitus

**KOTIHOITO TÄYTTÄÄ**

RAI \_\_\_\_\_ Pvm. \_\_\_\_\_

MMSE \_\_\_\_\_ Pvm. \_\_\_\_\_