

Saapunut _____

HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	
	Puhelin	
	Muut samassa taloudessa asuvat	
HOITAJAN HENKILÖTIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	
	Puhelin	
	Hoitaja on sukulainen <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä;	
	Hoitaja on <input type="checkbox"/> kokopäivätyössä <input type="checkbox"/> osa-aikatyössä <input type="checkbox"/> ei ansiotyössä <input type="checkbox"/> eläkkeellä	
	Hoitaja on jäänyt pois omasta työstä hoitotyön vuoksi, alkaen _____	
HOIDETTAVAN SAIRAU TAI VAMMA		
HOITOTYÖN APUNA KÄYTETTÄVÄT PALVELUT	Onko hoidettava päivittäin tai muutoin säännöllisesti:	
	päivähoidossa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein _____
	koulussa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein _____
	työtoiminnassa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein _____
	päivätoiminnassa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein _____
	Saako hoidettava seuraavia palveluja:	
	kodinhoitaja	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein _____
	kotisairaanhoido	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein _____
	henkilökohtainen avustaja	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein _____
	Käyttättekö muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja?	
Onko hoidettavalle myönnetty Kelan eläkkeensaajien/ lasten hoitotukea, vammaistukea tai erityishoitorahaa?		
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä _____		

TIEDOT HOIDON JA HOIVAN TARPEESTA	<p>Hoidettava tarvitsee apua <input type="checkbox"/> pukeutumisessa <input type="checkbox"/> ruokailuissa <input type="checkbox"/> liikkumisessa <input type="checkbox"/> peseytymisessä <input type="checkbox"/> wc- käynneissä</p> <p>Hoidettava on <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> karkailee <input type="checkbox"/> levoton</p> <p>Hoidettava tarvitsee <input type="checkbox"/> yövalvontaa</p> <p>Hoidettava voi olla ilman toisen henkilön apua tai valvontaa _____ tuntia/ vrk.</p>
HOIDETTAVAN APUVÄLINEET	
HOIDETTAVAN PÄIVITTÄINEN AVUTARVE (hoitajan arvio)	
AVUN JA VALVONNAN TARVE YÖAIKANA	
TOIMET, JOISTA HOIDETTAVA SELVITYTYÄ ITSENÄISESTI	
SUOSTUMUS	<p>Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.</p> <p>Hakija (hoidettava) <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Hoitaja <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p>
PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	<p>Naantali _____ / _____ 20 _____</p> <p>_____</p> <p>Hakijan/ hoidettavan allekirjoitus Hoitajan allekirjoitus</p>
LIITTEET	<p>Lääkärintodistus tai muu asiantuntijan lausunto _____ kpl</p>
HAKEMUS PALAUTETAAN	<p>Naantalin kaupunki Sosiaali- ja terveystoimi Käsityöläiskatu 2 21100 Naantali</p>