



Saapunut _____

HAKEMUS KOSKEE:

- Aktivoivaa lyhytaikaishoitoa:
Päivätoiminnassa () Dementiayksikössä ()
- Intervallihoidtoa/Kuntoutusta
- Palvelutarpeen arviointia

- Kotihoitoa
- Asumispalvelua
- Omaishoidon tukea
- Tukipalveluja
- Palveluseteli palveluasumiseen

HAKIJAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Kotiosoite	Kotikunta
Siviilisäät () naimaton () avioliitossa () leski () eronnut	Puhelin kotiin

OMAISEN/YHTEYSHENKILÖN TIEDOT

Nimi	Osoite ja puhelin
------	-------------------

YHTEYDENPITO OMAISIIN

() päivittäin () viikottain () kuukausittain () ei yhteyttä () vierailu () puhelimitse

EDUNVALVOJAN

Nimi	Osoite ja puhelin
------	-------------------

LYHYT KUVAUS HAKIJAN NYKYTILANTEESTA (mm. asuminen ja terveydentila)

MINKÄLAISTA APUA/APUVÄLINEITÄ TARVITSETTE TÄLLÄ HETKELLÄ SEURAAVISSA TOIMINNOISSA/ASIOISSA ?

Liikkuminen	_____
Pukeutuminen	_____
Peseytyminen	_____
WC-käynti	_____
Ruokailu	_____
Lääkkeet	_____
Kodinhoito	_____
Kauppa- ja pankkiasiat	_____

KOTIIN MYÖNNETYT PALVELUT TÄLLÄ HETKELLÄ

kotipalvelu kuinka usein	kotisair.hoito kuinka usein	yöpartio kuinka usein	tukipalvelut kuinka usein

Muisti	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> huonontunut	<input type="checkbox"/> muistamaton MMSE _____	Pvm _____
Näkö	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> heikentynyt	<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	

Avuntarve öisin _____

Kuinka kauan pärjätte ilman toisen apua _____

Kelan hoitotuki ei ole pienin korotettu erityistuki

Omaishoidontuki _____

Palvelukoordinaattori arvioi oikeaa hoitotasoa hoitoisuuden perusteella (RAI-arviointi).

Asiakkaan omat toivomukset otetaan huomioon mahdollisimman pitkälle.

Suostun siihen, että palvelukoordinaattori tarvittaessa pyytää täydentäviä tietoja hoidontarpeistani terveyskeskukselta, sairaalalta tai muulta taholta.

Jos asumispaikka todetaan tarpeelliseksi, otan sen vastaan heti kun se on käytettävissä.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Paikka ja aika

Hakijan allekirjoitus

Tietoja ei luovuteta ulkopuoliselle.

Jos hakemuksen täyttää muu kuin hakija, syy on ilmoitettava.

Muu kuin hakija, syy: _____

lääkärintausunto oheisena

Hakemus palautetaan osoitteella:

Kristiinankaupungin Perusturvakeskus

Os.hoitaja Helena Strandholm-Finne

Lapväärtintie 10

64100 Kristiinankaupunki

