



Anlänt _____

ANSÖKAN GÄLLER:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aktiverande korttidsvård:
I dagverksamhet () På demensenhet () | <input type="checkbox"/> Hemvård |
| <input type="checkbox"/> Intervallvård/Rehabilitering | <input type="checkbox"/> Serviceboende
() Servicesedel |
| <input type="checkbox"/> Bedömning av servicebehovet | <input type="checkbox"/> Stöd för närståendevård |
| | <input type="checkbox"/> Stödtjänster |

SÖKANDENS UPPGIFTER

Namn	Personbeteckning
Hemadress	Hemkommun
Civilstånd () ogift () gift () änka/änkling () skild	Hemtelefon

ANHÖRIGAS/KONTAKTPERSONENS UPPGIFTER

Namn	Adress och telefon
------	--------------------

KONTAKT TILL ANHÖRIGA

() dagligen () varje vecka () varje månad () ingen kontakt () besök () telefonsamtal

INTRESSEBEVAKARENS

Namn	Adress och telefon
------	--------------------

KORT BESKRIVNING AV SÖKANDENS NUVARANDE SITUATION (bl.a. boende och hälsotillstånd)

VILKEN HJÄLP/VILKA HJÄLPMEDEL BEHÖVER NI FÖR TILLFÄLLET I FÖLJANDE FUNKTIONER/ÄRENDEN ?

Att röra sig	_____
Av- och påklädning	_____
Tvättning	_____
WC-besök	_____
Måltiderna	_____
Mediciner	_____
Hemvård	_____
Butiks- och bankärenden	_____

BEVILJAD SERVICE SOM FÖR TILFÄLLET GES I HEMMET

hemservice hur ofta	hemsjukvård hur ofta	nattpatrull hur ofta	stödjtjänster hur ofta

Minne	<input type="checkbox"/> normalt	<input type="checkbox"/> försämrat	<input type="checkbox"/> minneslös MMSE _____	Datum _____
Syn	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> försvagad	<input type="checkbox"/> blind	
Hörsel	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> dålig	<input type="checkbox"/> döv	
Tal	<input type="checkbox"/> normalt	<input type="checkbox"/> otydligt	<input type="checkbox"/> afasi	

Hjälpbehov under natten _____

Hur länge klarar ni er utan hjälp av en annan person? _____

Vårdbidrag från FPA inget lägsta förhöjda special

Stöd för närståendevård _____

Servicekoordinatorn bedömer vilken vårdnivå som är den rätta utgående från hur krävande vårdbehov är.
(RAI-bedömning)

Klientens egna önskemål beaktas så långt det är möjligt.

Jag samtycker till att servicekoordinatorn vid behov begär kompletterande uppgifter om mitt vårdbehov från hälsovårdscentralen, sjukhus eller annan källa.

Om boendelats konstateras vara nödvändig tar jag emot den genast då den finns tillgänglig.

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är riktiga.

Plats och tid

Sökandens underskrift

Uppgifterna ges inte till utomstående.

Om ansökan ifylls av någon annan än den sökande bör orsak anges.

Annan än sökanden, orsak: _____

läkarutlåtande bifogas

Ansökan returneras till:

Vård- och omsorgscentralen i Kristinestad

Avd.sköt Britt-Marie Kaarre

Lappfjärdsvägen 10

64100 Kristinestad

