



Saapunut:

1 HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT	
Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Katuosoite	
Postinumero- ja toimipaikka	
Puhelin (koti, matkapuhelin)	
Perhesuhde <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/> Asumuserossa/erossa asuva <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski	
2 HOITAJAN HENKILÖTIEDOT	
Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Katuosoite	
Postinumero- ja toimipaikka	
Puhelin (koti, matkapuhelin)	
Hoitaja on sukulainen <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Ei	
3 SELVITYS HOIDON TARPEESTA	
Vamma ja/tai sairaus	
Liikkuminen <input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Autettava	
Käytössä olevat apuvälineet	
Syöminen <input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Autettava	
Peseytyminen <input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Autettava	
Pukeutuminen <input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Autettava	
Näkö, kuulo, muisti	
Muuta	



Kuinka paljon ja kuinka usein on autettava päivittäisissä toiminnoissa?	
Voiko hoidettava olla määrääjän ilman toisen henkilön apua?	
Onko hoidettavalla päivisin joku muu hoitopaikka (päivähoitopaikka, koulu tms.), mikä?	
Onko omainen (puoliso, vanhemmat) jäänyt pois ansiotyöstä hoidettavan vamman tai sairauden takia?	
Hoitava lääkäri/omalääkäri	
Saako hoidettava Kelan hoitotukea? <input type="checkbox"/> Kyllä, _____ euroa kuukaudessa <input type="checkbox"/> Vireillä <input type="checkbox"/> Ei	
4 MUUT PALVELUT	
Saako hoidettava seuraavia palveluja: <input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoito <input type="checkbox"/> Kotihoito <input type="checkbox"/> Päivätoiminta	
5 LISÄTIETOJA	
6 SUOSTUMUS	
Suostun, että hakemuksessa olevia tietoja saa antaa hoitooni osallistuville: <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu	
7 ALLEKIRJOITUS	
Päivämäärä	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys
8 HAKEMUKSEN TÄYTTÄMISESSÄ AVUSTANUT HENKILÖ	
Nimi	
Virka-asema tai sukulaisuussuhde	Puhelin

Lomake palautetaan liitteineen (lääkäriin C-lausunto) osoitteeseen:
Siuntion kunta/Perusturvaosasto/Omaishoito
Puistopolku 1, 02580 Siuntio
Lomakkeen voi myös tuoda kunnantalon kansliaan.