



Hakemus saapunut: _____. ____ 20 ____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kotihoito | <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu | <input type="checkbox"/> Turvapuhelin |
| <input type="checkbox"/> Kauppa- ja asiointipalvelu | <input type="checkbox"/> Kuntouttava päivätoiminta | <input type="checkbox"/> Tehostettu palveluasuminen |
| <input type="checkbox"/> Muu palvelu, mikä? | | |

HAKEMUKSEN TÄYTTÄJÄ

Sukunimi ja etunimi

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet

Henkilötunnus

Katuosoite

Postinumero ja -toimipaikka

Kotikunta

Puhelinnumero

Siviilisääty

Avioliitto

Avoliitto

Naimaton

Eronnut

Leski

OMAISEN / YHTEYSHENKILÖN TIEDOT

Edunvalvoja

Sukunimi ja etunimi

Katuosoite

Postinumero ja -toimipaikka

Puhelinnumero

TILANNE HAKUHETKELLÄ

Asuminen

Asun yksin

Kerrostalossa

Rivitalossa

Omakotitalossa

Asun puolison / jonkun muun kanssa, kenen? _____

Lisätietoja asumisesta ja asunnosta: Onko asunnossa asioita, jotka vaikeuttavat liikkumista ja toimintaa (esim. portaita, puulämmitys, pesutilat, hissittömyys)?



SELVITYS TOIMINTAKYVYSTÄ JA VOIMAVAROISTA

Fyysinen tilanne

Henkinen tilanne

Sosiaalinen tilanne

ULKOPUOLELTA SAATU APU

Käykö teillä kunnallinen kotihoito?

- Kyllä, alkaen _____._____.20_____. Käyntien lukumäärä: _____
 Ei

Käykö teillä yksityinen kotihoito?

- Kyllä, alkaen _____._____.20_____. Käyntien lukumäärä: _____
 Ei

- | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Käyttekö kuntouttavassa päivätoiminnassa? | <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei |
| Onko käytössänne turvapuhelin? | <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei |
| Oletteko apteekin annosjakelun piirissä? | <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei |
| Oletteko ollut intervallihoidoksella? | <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei |



Mitä apuja tarvitsette toiselta ihmiseltä ja kuka / ketkä auttavat?

ETUDET / PALVELUT

Saatteko omaishoidontukea? Kyllä En

Saatteko Kansaneläkelaitoksen hoitotukea? Kyllä; _____ € En

Onko teille myönnetty kuljetuspalvelua? Kyllä Ei

Muut etuudet ja palvelut (esim. vammaispalvelu, kuntoutus)

RAVINTO

Onko teille myönnetty ateriapalvelua?

Kyllä, _____ ateriana viikossa: Kotiin kuljetettu ateria Menuumat

Ei

HOITOJAKSOT

Oletteko ollut viimeisen vuoden aikana hoidossa sairaalassa tai terveyskeskuksessa (missä, hoitotaksot)?



ARJEN SUJUMINEN HAKUHETKELLÄ

Tämän sivun täyttää: Sama kuin hakemuksen täyttävä
 Muu, kuka?

Toiminnoista huolehtii:

Toiminto	Itse / Ei avun tarvetta	Omainen	Kotihoito	Yksityinen	Muu, kuka / mikä?
Henkilökohtainen hygienia					
Pukeutuminen / riisuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Suun hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Ihon hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Vuoteen petaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Wc-käynti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Liikkuminen					
Kuljetukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Liikkuminen sisällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Liikkuminen ulkona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Ateriat					
Aamupala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Lounas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Päivällinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Iltapala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Ruuan lämmitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Vaatehuolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Siivous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Lääkehuolto					
Reseptien uusiminen / apteekkiasiointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Lääkkeiden anto / oton seuranta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Muu avuntarve



Käytössä olevat apuvälineet

Rollaattori

Keppi

Pyörätuoli

Muu, mikä? _____

Liikkumisessa muuta huomioitavaa

Hakemuksessa muuta huomioitavaa

ALLEKIRJOITUS

Päiväys Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus ja nimenselvennys

Suostun tietojen hankkimiseen terveys- ja sosiaalialan tietojärjestelmistä sekä tarvittaessa muilta minua hoitavilta tahoilta.

VIRANOMAINEN TÄYTTÄÄ

Käsittelyn alkamispäivä: _____._____.20____

Käsittelyn päättymispäivä: _____._____.20____

RAVA: _____

MMSE: _____

Lomakkeet liitteeksi selvitykseen!