



Vammaispaalvelut  
Jarrumiehenkatu 15, 11100 Riihimäki

Hakemus saapunut:

**Hakemukseen tulee liittää lääkärin C-lausunto,  
joka ei saa olla puolta vuotta vanhempi.**

<b>HOIDETTAVA</b>	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio-/avoliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski
	Ammatti (myös entinen)	Puhelin
	Perhetiedot Perheen koko _____ perheenjäsentä Perheessä on _____ alle 18-vuotiasta lasta, syntymävuodet _____	
	Hoidettavan terveydentila/sairaudet	
<b>HOITAJA</b>	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	
	Puhelin	Mistä alkaen hoitanut hoidettavaa
	Hoitaja on hoidettavan <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> sisar/veli <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> isä/äiti <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka	Hoitajan työssäkäynti <input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osa-aikatyö <input type="checkbox"/> ei työssä <input type="checkbox"/> eläkkeellä <input type="checkbox"/> hoitaja jäänyt pois omasta työstään hoitotyön takia, alkaen
	Hoitajan terveys, toimintakyky ja sairaudet	

**HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY**

<b>Näkö</b>	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea	<b>Kunnan edustaja täyttää</b>
<b>Kuulo</b>	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> kuuro	
<b>Puhe</b>	<input type="checkbox"/> puhuva <input type="checkbox"/> puhehäiriö <input type="checkbox"/> puhumaton	
<b>Liikkuminen</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> epävarma <input type="checkbox"/> talutettava <input type="checkbox"/> itsenäisesti pyörätuolilla <input type="checkbox"/> avustettava pyörätuoliin <input type="checkbox"/> vuodepotilas <input type="checkbox"/> käyttää apuvälineitä	
<b>WC:ssä käynti</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osittain autettava, miten  <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> katetri <input type="checkbox"/> vaipat <input type="checkbox"/> yöllä <input type="checkbox"/> päivällä	
<b>Syöminen</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten  <input type="checkbox"/> syötettävä <input type="checkbox"/> letkuruokinta	
<b>Lääkehoito</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee apua, mihin ja mitä  <input type="checkbox"/> valvottava	
<b>Pukeutuminen</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> autettava, miten  <input type="checkbox"/> puettava	
<b>Peseytyminen</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten  <input type="checkbox"/> täysin autettava	
<b>Nukkuminen</b>	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> levottomuutta öisin <input type="checkbox"/> avuntarvetta yöllä, mitä	

<b>Muisti</b>	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> alentunut <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> muistitesti tehty _____ 201 _____  Pisteet _____	
<b>Psyykinen toimintakyky</b>	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> sekava <input type="checkbox"/> masentunut <input type="checkbox"/> häiritsevä <input type="checkbox"/> aggressiivinen <input type="checkbox"/> karkaileva <input type="checkbox"/> muu, mikä	
<b>Käytössä olevat apuvälineet</b>		

**HOIDON SITOVUUS**

Hoidettava selviytyy yksin \_\_\_\_\_ tuntia

**PÄIVITTÄINEN HOIDONTARVE**

Millaista säännöllistä hoitoa, huolenpitoa, apua ja valvontaa hoidettava tarvitsee ?

**PÄIVÄAIKAAN:****YÖAIKAAN:**

**PALVELUT**

<input type="checkbox"/> ateriapalvelu <input type="checkbox"/> turvapuhelin <input type="checkbox"/> siivouspalvelu <input type="checkbox"/> asiointipalvelu <input type="checkbox"/> muu, mikä _____	Onko hoidettava säännöllisesti: <input type="checkbox"/> päivätoiminnassa, missä ja miten usein _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> kotipalvelu, miten usein _____ <input type="checkbox"/> kotisairaanhoido, miten usein _____ <input type="checkbox"/> joku muu perheen ulkopuolinen avustaja, miten usein _____ _____	<input type="checkbox"/> lyhytaikaishoidossa, missä ja miten usein _____ _____ <input type="checkbox"/> muualla, missä _____ _____ <input type="checkbox"/> henkilökohtainen avustaja

Mitä muuta apua toivotte hoidettavan hoitamiseen?

<b>KELAN HOITOTUKI</b>	<input type="checkbox"/> alin hoitotuki _____ e/kk <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki _____ e/kk <input type="checkbox"/> erityishoitotuki _____ e/kk <input type="checkbox"/> vireillä  <input type="checkbox"/> erityishoitoraha _____ e/kk <input type="checkbox"/> kotihoidontuki _____ e/kk <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ e/kk
------------------------	---

**ALLEKIRJOITUKSET JA PÄIVÄYS**

**Vakuutan antamani tiedot oikeiksi**

**Paikka** \_\_\_\_\_ **Päiväys** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **201** \_\_\_\_\_

**Hoidettavan allekirjoitus ja nimenselvennys**

  
  

**Hoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys**

Kunnan edustaja täyttää