



## Hakemus omaishoidon tukea varten

### HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT

Nimi		Henkilötunnus	
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin
Muut samassa taloudessa asuvat			

### HOITAJAN HENKILÖTIEDOT

Nimi		Henkilötunnus	
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka	
Puhelin			

Hoitaja on sukulainen  ei  kyllä, mikä \_\_\_\_\_

Hoitaja on  kokopäivätyössä  osa-aikatyössä  ei ansiotyössä  eläkkeellä

Hoitaja on jäänyt pois omasta työstä hoitotyön vuoksi, alkaen \_\_\_\_\_

### HOIDETTAVAN SAIRAUS TAI VAMMA

### PALVELUT

Onko hoidettava päivittäin tai muuten säännöllisesti

Päivähoidossa  ei  kyllä, kuinka usein

Koulussa  ei  kyllä, kuinka usein

Työtoiminnassa  ei  kyllä, kuinka usein

Päivätoiminnassa  ei  kyllä, kuinka usein

Saako hoidettava seuraavia palveluita

Kotihoito  ei  kyllä, kuinka usein

Henkilökohtainen avustaja  ei  kyllä, kuinka usein

Käyttääkö hoidettava muita terveydenhuollon palveluita

Onko hoidettavalle myönnetty Kelan eläkkeensaajien / lasten hoitotukea, vammaistukea tai erityishoitorahaa?

ei  kyllä, mitä \_\_\_\_\_

## TIEDOT HOIDON JA HOIVAN TARPEESTA

Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> apuvälineen avulla	<input type="checkbox"/> paljon autettava	<input type="checkbox"/> vuodepotilas
Syöminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> autettava	<input type="checkbox"/> syötettävä	
Lääkitys	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> ohjatusti	<input type="checkbox"/> valvottava	
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava	
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava	
Näkö	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> heikentynyt	<input type="checkbox"/> sokea	
Kuulo	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> heikentynyt	<input type="checkbox"/> kuuro	
Muisti	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> alentunut	<input type="checkbox"/> muistamaton	
Puhuminen	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> puhehäiriö	<input type="checkbox"/> puhumaton	
WC:ssä käynti	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> autettava	<input type="checkbox"/> alusastia	
Virtsan pidätys	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> kastelu	<input type="checkbox"/> katetri	<input type="checkbox"/> vaipat
Ulosteen pidätys	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> ummetus	<input type="checkbox"/> tuhriva	<input type="checkbox"/> avanne <input type="checkbox"/> toimitettuna <input type="checkbox"/> vaipat

Hoidettava tarvitsee yövalvontaa  ei  kyllä

Hoidettava voi olla ilman toisen henkilön apua tai valvontaa \_\_\_\_\_ tuntia/vuorokausi

Hoidettavan avuntarve: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Toimet, joista hoidettava selviytyy itsenäisesti: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## SUOSTUMUS

Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta

Hoidettava  kyllä  ei

Hoitaja  kyllä  ei

## PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET

Nakkila \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hoidettavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Hoitajan allekirjoitus

## LIITTEET JA LOMAKKEEN PALAUTUS

Lääkärintodistus tai muu asiantuntijan lausunto kpl

Voitte halutessanne toimittaa tukihakemuksen käsittelyyn liittyvät lausunnot (lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen). Tarvittaessa pyydämme lisäselvityksiä.

**Lomakkeen ja liitteiden palautus** osoitteeseen

Kokemäen kaupunki, Avopalvelupäällikkö, Tulkkilantie 2, 32800 Kokemäki