



## Hakemus ympärivuorokautiseen hoitoon

### HAKEMUKSELLA HAETAAN

- Ympäriavuorokautinen hoito     Perhehoito

### HENKILÖTIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
------	---------------

Osoite	Puhelin
--------	---------

Lähin omainen/asioidenhoitaja/edunvalvoja osoite ja puhelin

edunvalvoja/asioidenhoitaja    puoliso    lapsi    muu omainen tai läheinen, mikä?

- Hakija on sotainvalidi \_\_\_\_\_ %     Veteraani     Vaikeavammainen, invaliditeetti \_\_\_\_\_ %

Saa    Kelan alinta hoitotukea    korotettua hoitotukea    ylintä hoitotukea

### ASUMINEN

- Yksin    Yhdessä, kenen kanssa \_\_\_\_\_

### NYKYISET PALVELUT

- Kotihoito, kuinka usein \_\_\_\_\_ vrk/vko/kk  
 Omaisten tai läheisten antama tuki, mitä: \_\_\_\_\_

### MUUT PALVELUT

- Lyhytaikaishoito    Ateriapalvelu, kuinka usein: \_\_\_\_\_    Turvapalvelu  
 Kuljetuspalvelu    Kuntouttava päivätoiminta    Kylvetyspalvelu    Saattaja-apu/asiointi  
 Muu, mikä: \_\_\_\_\_

Lyhytaikaishoito, missä ja kuinka usein? \_\_\_\_\_

Muut palvelut, missä ja kuinka usein? \_\_\_\_\_

---

## KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET

---

---

---

---

## PÄIVITTÄINEN HOIDON TARVE

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

---

## SELVITYS YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIDON TARPEESTA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUKSET

Allekirjoituksellani annan luvan minua koskevien tietojen käsittelyyn moniammatillisessa SAS-työryhmässä (selvitys-, arviointi- ja sijoitusryhmä) sekä näiden tietojen siirtoon tulevalle hoitoyksikölle. Lisäksi annan luvan terveydenhuollon Pegasos-ohjelman tietojen yhteiskäyttöön.

Paikka \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20\_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

---

## HAKEMUKSEN PALAUTUS OSOITTEESEEN

Kokemäen kaupunki  
Vanhuspalvelupäällikkö  
Tulkkilantie 2  
32800 Kokemäki