

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

Hoidettavan tiedot	nimi _____ henkilötunnus _____ osoite _____ puh.nro _____																				
Hoitajan henkilötiedot	nimi _____ henkilötunnus _____ osoite _____ puh.nro _____ pankin nimi _____ tilinumero _____																				
Hoitaja on	_____ puoliso _____ lapsi _____ muu omainen _____ naapuri _____ palkattu hoitaja _____ vanhempi																				
Hoitaja on ansiotyössä	_____ kyllä _____ ei _____ jättänyt ansiotyön hoidon takia																				
Asuminen	Asunnon kunto ja varustetaso _____ hyvä _____ kohtalainen _____ huono muuta huomioitavaa _____ _____ _____																				
Toimintakyky	<u>Liikuntakyky</u> _____ hyvä _____ apuvälineiden avulla _____ pyörätuolilla itsenäisesti _____ toisen avustamana _____ pyörätuolilla autettuna _____ vuodepotilas <u>Suoriutumiskyky</u> <table><thead><tr><th></th><th>itsenäisesti</th><th>rajoittunut</th><th>täysin autettava</th></tr></thead><tbody><tr><td>pukeutuminen</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>syöminen</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>WC</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>peseytyminen</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>		itsenäisesti	rajoittunut	täysin autettava	pukeutuminen	_____	_____	_____	syöminen	_____	_____	_____	WC	_____	_____	_____	peseytyminen	_____	_____	_____
	itsenäisesti	rajoittunut	täysin autettava																		
pukeutuminen	_____	_____	_____																		
syöminen	_____	_____	_____																		
WC	_____	_____	_____																		
peseytyminen	_____	_____	_____																		
Muisti	_____ Normaali, aikaan ja paikkaan orientoitunut, muistaa menneet ja nykyiset _____ Alentunut, muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset, tietää missä ollaan _____ Muistamaton, ei orientoitunut aikaan / paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa																				

Psykye / käytös	<input type="checkbox"/> Normaali, asiallinen, tasapainoinen, kommunikoi muiden kanssa <input type="checkbox"/> Masentunut, allapäin, haluton kaikkeen, eristäytyy, haluaa kuolla, itkee usein <input type="checkbox"/> Aggressiivinen, lyö, kiroilee, vastustaa hoitotoimenpiteitä yms. <input type="checkbox"/> Sekava, ei tiedä aikaa, paikkaa, harhainen, epäasiallinen käytös / puhe <input type="checkbox"/> Häiritsevä, äänekäs, häiritsee ympäristöään, herättää negatiivisia tunteita <input type="checkbox"/> Harhaileva, eksyy norm. ympäristössään, kuljeskelee jatkuvasti, karkailua <input type="checkbox"/> Kontaktikyvytön, henkilöön ei saa järkevää kontaktia, syvä dementia / tajuton <input type="checkbox"/> Kehitysvammainen tai muu vammaisuus						
Valvonnan tarve	Kuinka pitkäksi ajaksi hoidettavan voi jättää yksin ? <input type="checkbox"/> ei voi jättää yksin / enintään 1 tunniksi yhtäjaksoisesti <input type="checkbox"/> 1-4 tunniksi <input type="checkbox"/> yli 4 tunniksi / yön yli <input type="checkbox"/> 12-24 tunniksi						
Avun ja sairaanhoidon tarve	<u>Lääkkeet</u> <input type="checkbox"/> itse, ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeensä <input type="checkbox"/> autettava, lääkkeet jaetaan dosettiin / annosmukiin, josta hoidettava ottaa itse <input type="checkbox"/> valvottava, lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että hoidettava ottaa ja nielee ne <u>Muut sairaanhoidolliset toimenpiteet</u> <hr/> <hr/> <u>Muu avuntarve</u> <hr/> <hr/> <u>Avun tarve yöllä</u> <input type="checkbox"/> ei tarvitse <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> usein						
Kelan hoitotuki	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">alin hoitotuki</td> <td style="text-align: center;">korotettu hoitotuki/ vammainen tuki</td> <td style="text-align: center;">erityishoitotuki vammainen tuki</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>	alin hoitotuki	korotettu hoitotuki/ vammainen tuki	erityishoitotuki vammainen tuki	_____	_____	_____
alin hoitotuki	korotettu hoitotuki/ vammainen tuki	erityishoitotuki vammainen tuki					
_____	_____	_____					
Allekirjoitukset	Päiväys ____ / ____ 20____ Suostumus: suostun siihen, että hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. <hr/> <p style="text-align: center;">Hakijan tai tietojen antajan allekirjoitus</p> Tarvittavat liitteet: lääkärinlausunto ja/tai erityishuoltopiirin/TYKS:n lausunto						