

**HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT**

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero(t)
Postinumero ja -toimipaikka	Kotikunta
Onko hoidettava sotainvalidi? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä _____ % Vahingon numero _____	

**HOITAJAN HENKILÖTIEDOT**

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero(t)
Postinumero ja -toimipaikka	Kotikunta
Hoitajan suhde hoidettavaan <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> vanhempi <input type="checkbox"/> muu omainen; kuka	
Hoitaja on ansiotyössä <input type="checkbox"/> <b>kyllä</b> Työ on <input type="checkbox"/> kokopäivätyötä <input type="checkbox"/> osapäivätyötä _____ h/viikko <input type="checkbox"/> määräaikainen _____ asti	
<input type="checkbox"/> <b>ei</b> <input type="checkbox"/> eläkkeellä <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> opiskelija <input type="checkbox"/> muu, mikä?	
Hoitaja asuu <input type="checkbox"/> yhdessä hoidettavan kanssa <input type="checkbox"/> samassa talossa kuin hoidettava <input type="checkbox"/> erillään	
Vaikuttaako hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, miten?	
Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto	

**Hoidettavan toimintakyky**

Mistä päivittäisistä toiminnoista hoidettava selviytyy omatoimisesti?
Lyhyt kuvaus siitä millainen on hoidettavan terveydentila esim. sairaudet tai aisti-muistitoiminnot?
Mitä apuvälineitä hoidettavalla on käytössä?

**Lyhyt kuvaus minkälaista apua hoidettava tarvitsee seuraavissa toiminnoissa:**

Ruokahuolto / syöminen:
Peseytyminen / sauna / wc:
Pukeutuminen:
Lääkehoito:
Liikkuminen:
Asiointiapu:
Kodinhoidolliset tehtävät:
Minkälaista apua hoidettava tarvitsee öisin?
Onko turvattomuutta? Minkälaista?
Onko ihmissuhteita ja harrastuksia? Minkälaisia?
Tarvitsee apua muussa, missä?
Tuleeko hoidettava yksin toimeen päiväaikaan? <input type="checkbox"/> kaksi tuntia <input type="checkbox"/> kuusi tuntia <input type="checkbox"/> yhdeksän tuntia <input type="checkbox"/> 12 tuntia <input type="checkbox"/> ei voi olla yksin lainkaan
Tarvitseeko hoidettava yöllä toisen apua? <input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> yhden kerran <input type="checkbox"/> kaksi kertaa <input type="checkbox"/> kolme kertaa <input type="checkbox"/> vaihtelee _____ kertaa
Mitä kunnan järjestämiä palveluja käytätte? Miten usein?
Miten hoidettavan hoito on järjestetty tällä hetkellä?
<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että Laukaan kunnan vanhusten palveluissa ja terveyspalveluissa tarvittavia terveydentilaani koskevia tietoja voidaan tallentaa osittain yhteisesti pidettävään asiakasrekisteriin. Rekisterinpitäjinä toimivat vanhusten palveluissa Laukaan kunnan sosiaali- ja terveyslautakunta ja terveyspalveluissa Laukaan kunnan terveyskeskus. Laukaan kunnan vanhusten palvelujen ja terveyspalvelujen hoitoon osallistuva henkilöstö voi hoitoni niin vaatiessa tarkistaa ja kirjata näiltä tietoja tehtäviensä edellyttämällä tavalla.

Kelan etuudet ja tuet? <input type="checkbox"/> hoitotuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> hakemus vireillä <input type="checkbox"/> haettu, ei myönnetty
<input type="checkbox"/> kuntoutusraha _____ €/kk <input type="checkbox"/> vammaistuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ €/kk
Hakemuksen täytössä avusti
Nimi: _____ Yhteystiedot: _____
Oletteko hakeneet omaishoidon tukea aikaisemmin? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, vuonna _____

**Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi**

<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Paikka ja päivämäärä</b>
<b>Hoidettavan allekirjoitus</b>	<b>Hoitajan allekirjoitus</b>