

Saapumispäivämäärä: _____

HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero(t)
Postinumero ja -toimipaikka	Kotikunta

HOITAJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero(t)
Postinumero ja -toimipaikka	Kotikunta
Hoitajan suhde hoidettavaan <input type="checkbox"/> vanhempi <input type="checkbox"/> muu omainen; kuka	
Hoitaja on ansiotyössä <input type="checkbox"/> kyllä Työ on <input type="checkbox"/> kokopäivätyötä <input type="checkbox"/> osapäivätyötä _____ h / viikossa <input type="checkbox"/> määräaikainen _____ asti <input type="checkbox"/> ei <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"/> erillään	
Vaikuttaako hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Miten? Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto.	

Hoidettavan toimintakyky

Mistä päivittäisistä toiminnoista hoidettava selviytyy omatoimisesti ikäisiinsä verraten?
Sairauden tai vamman diagnoosi. Lyhyt kuvaus siitä millainen on hoidettavan terveydentila?
Millä tavoin sairaus/vamma rajoittaa lapsen/perheen elämää verrattuna samanikäiseen terveeseen lapseen?
Mitä apuvälineitä hoidettavalla on käytössä?

Lyhyt kuvaus minkälaista apua hoidettava tarvitsee seuraavissa toiminnoissa verrattuna samanikäiseen terveeseen lapseen?

Ruokahuolto / syöminen:
Peseytyminen / sauna / Wc:
Pukeutuminen:
Lääkehoito:
Aistitoiminnot ja vuorovaikutustaidot:
Liikkuminen:
Minkälaista apua hoidettava tarvitsee öisin?
Onko turvattuutta? Minkälaista?
Onko ystäviä ja harrastuksia?
Tarvitsee apua muussa, missä ?
Tuleeko hoidettava yksin toimeen päiväikaan?
<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 kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa tarvittavia kotihoitoa ja terveydentilaani koskevia tietoja voidaan tallentaa osittain yhteisesti pidettävään asiakasrekisteriin. Rekisterinpitäjänä toimii Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystoimisto. Kotisairaanhoidon, kotipalvelun, Jyväskylän terveyskeskuksen, Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon vanhuspalvelut ja terveyskeskussairaalan tulosyksikön laitosten ja asumispalveluyksiköiden hoitoon osallistuva henkilöstö voi hoitoni niin vaatiessa tarkistaa ja kirjata näitä 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"/> kyllä vuonna _____ <input type="checkbox"/> ei

Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET

Paikka ja päivämäärä	Paikka ja päivämäärä
Hoidettavan allekirjoitus _____	Hoitajan allekirjoitus _____
Nimen selvennys	Nimen selvennys

Palautusosoite: Hankasalmen kunta, sosiaalitoimisto, Keskustie 41, 41520 HANKASALMI
Yhteyshenkilö: vanhuspalvelupäällikkö, puh. 014 2671 220 klo 9-10