

**HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT**

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero(t)
Postinumero ja -toimipaikka	Kotikunta
Onko hoidettava sotainvalidi? <input type="checkbox"/> kyllä _____ % <input type="checkbox"/> ei	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"/> 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"/> samassa talossa kuin hoidettava <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?
Lyhyt kuvaus siitä millainen on hoidettavan terveydentila esim. sairaudet tai aisti-muistitoiminnot?
Mitä apuvälineitä hoidettavalla on käytössä?

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

Ruokahuolto / syöminen:
Peseytyminen / sauna / Wc:
Pukeutuminen:
Lääkehoito:
Liikkuminen:
Asiointiapu:
Kodinholdolliset tehtävät:
Minkäläistä apua hoidettava tarvitsee öisin?
Onko turvattuutta? Minkäläistä?
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 kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa tarvittavia kotihoitoa ja terveydentilaani koskevia tietoja voidaan tallentaa osittain yhteisesti pidettävään asiakasrekisteriin. Rekisterinpitäjänä toimii Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalutakunta. Kotisairaanhoidon, kotipalvelun, Jyväskylän terveyskeskuksen, Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon vanhuspalvelut ja terveyskeskussairaalan tulosyksikön laitosten ja asumispalveluyksiköiden hoitooni 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****Yhteystieto: vanhuspalvelupäällikkö, puh. 014 2671 220 klo 9-10**