



**OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS** \_\_\_\_\_

**OMAISHOIDON TUEN TARKISTUS** \_\_\_\_\_

<b>HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT</b>	Sukunimi	Etunimet		
	Osoite ja postiosoite			Puhelin
	Henkilötunnus	Ammatti tai työ		
<b>PERHESUHTEET</b>	<input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> eronnut	<input type="checkbox"/> avioliitossa <input type="checkbox"/> avoliitossa	<input type="checkbox"/> asumerossa <input type="checkbox"/> leski	<input type="checkbox"/> asuu erillään
<b>HOITAJA/HAKIJA HENKILÖTIEDOT</b>	Hoitajan sukunimi	Etunimet		
	Henkilötunnus	Ammatti tai työ		
	Osoite	Puhelin		
	Hoidettavan ja hoitajan sukulaisuussuhde			
	<p>Onko hoitaja jäänyt töistä pois hoitaakseen hoidettavaa  <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kokopäiväisesti <input type="checkbox"/> osapäiväisesti <input type="checkbox"/> olen työtön <input type="checkbox"/> olen eläkkeellä</p> <p>Vaikuttaako hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p> <p>Miten?          Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto.</p>			
<b>ARVIOINTI AVUN JA HOIDON TARPEESTA</b>	<b>PALVELUN JA HOIDON TARVE:</b>			
	<input type="checkbox"/> täysin tai lähes omatoiminen <input type="checkbox"/> ajoittainen hoidontarve <input type="checkbox"/> toistuva hoidon tarve	<input type="checkbox"/> lähes jatkuva hoidon tarve Montako tuntia pärjää yksin _____	<input type="checkbox"/> jatkuva, ympärivuorokautinen hoidon tarve <input type="checkbox"/> avuntarve öisin	
<b>MITA APUA HOIDETTAVA TARVITSEE SEURAAVISSA TOIMINNOISSA</b>				
Syöminen;				
Peseytyminen;				
Wc-toiminnot;				
Pukeutuminen/ riisuuntuminen;				
Lääkehoito;				
Liikkuminen / apuvälineet;				
<b>HOIDETTAVAN TERVEYDENTILA JA TOIMINTAKYKY</b>	Sairaudet tai vamma			
	Saako eläkkeensaaja hoitotukea Kotisairaanhoido Kotipalvelu	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> käy <input type="checkbox"/> käy	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> ei käy <input type="checkbox"/> ei käy	<input type="checkbox"/> on hakenut käyntikerrat _____kk käyntikerrat _____kk

**Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun tietojeni tarkistamiseen.**

**Päiväys ja allekirjoitukset**

\_\_\_\_\_  
**Hoidettavan allekirjoitus**

\_\_\_\_\_  
**Hoitajan allekirjoitus**

**PALAUTUSOSOITE: Rovaniemen kaupunki / Palveluohjaus Nestori, Pohjolankatu 2 96100 ROVANIEMI.**