



VANHUSPALVELUT

Saapumispäivämäärä:

 Kotihoito Kotihoito / Palvelukeskukset Tehostettu palveluasuminen

Hakijan tiedot	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
	Sotaveteraani <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Sotainvalidi <input type="checkbox"/> Kyllä % <input type="checkbox"/> Ei
Kotikunta		
Siviilisäätty	<input type="checkbox"/> Avioliitto <input type="checkbox"/> Avoliitto <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski	
Omaisien, yhteys henkilön tiedot	Nimi ja osoite	Puhelinnumero Koti: Työ:
	<input type="checkbox"/> Edunvalvoja	

Keneen otetaan yhteyttä hakemukseen liittyen? Hakija muu yhteys henkilö**TILANNE HAKUHETKELLÄ:****Asuminen**

Rastita vaihtoehdot:

 Asun yksin Asun puolison/ jonkun muun kanssa. Kenen? Kerrostalo Rivitalo Omakotitalo Palveluasuminen

Jos asutte puolison kanssa, hakeeko hän myös palveluja?

 Kyllä (hänen tulee täyttää oma hakemus) Ei

Lisätietoja asumisesta ja asunnosta? Onko asunnossanne asioita, jotka vaikeuttavat liikkumista ja toimintaa esim. portaita, puulämmitys, pesutilat, hissittömyys?



Terveys ja toimintakyky	Lyhyt kuvaus hakijan terveydentilasta, sairauksista:										
Ulkopuolelta saatu apu	Käykö teillä kunnallinen kotihoito? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Alkaen: _____ Käyntien lukumäärä: _____ Mitä apuja tarvitsette toiselta ihmiseltä ja kuka/ketkä auttavat?										
Etuudet	Saatteko omaishoidontukea? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Saatteko hoitotukea? Onko teille myönnetty kuljetuspalvelu? <input type="checkbox"/> Kyllä _____ € <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Ei										
Ravinto	Onko teille myönnetty ateriapalvelua? <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Kyllä</td><td><input type="checkbox"/> Ei</td><td>Montako ateriaa</td><td></td><td>/ viikko</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Kotiin kuljetettu ateria</td><td><input type="checkbox"/> Yksityinen</td><td><input type="checkbox"/> Menumat</td><td></td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	Montako ateriaa		/ viikko	<input type="checkbox"/> Kotiin kuljetettu ateria	<input type="checkbox"/> Yksityinen	<input type="checkbox"/> Menumat		
<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	Montako ateriaa		/ viikko							
<input type="checkbox"/> Kotiin kuljetettu ateria	<input type="checkbox"/> Yksityinen	<input type="checkbox"/> Menumat									



Arjen sujuminen hakuhetkellä		Toiminnoista huolehtii				
		itse/ ei tarvetta	omainen	kotihoito	yksityinen	muu, kuka
Henkilökohtainen hygienia	pukeutuminen, riisuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	suun hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ihon hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vuoteen petaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	WC käynti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vaipat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liikkuminen	kuljetukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	liikkumisen ylläpitäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ulkoilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ateriat	aamupala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	lounas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	päivällinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	iltapala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ruoan lämmitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vaatehuolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	siivous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lääkehuolto	koneellinen annosjakelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	reseptien uusiminen, apteekkiasioinnit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	lääkkeiden anto/ oton seuranta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muu avuntarve:						



Käytössä olevat apuvälineet

Rollaattori Keppi Pyörätuoli Muuta, mikä:

Liikkumisessa muuta huomioitavaa:

Hakemuksessa muuta huomioitavaa:

paikka ja aika

Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus

Nimenselvennys

Suostun tietojen hankkimiseen terveys- ja sosiaalialan tietojärjestelmistä, sekä tarvittaessa muilta minua hoitavilta tahoilta, ja siihen että tietojani voidaan käsitellä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista muodostuvassa vanhuspalveluiden työryhmässä. Suostun En suostu

Palautus: FSHKY/ Wiisari

"Hakemus Vanhuspalveluihin"

Eteläinen Puistokatu 4

30420 Forssa

VIRANOMAINEN TÄYTTÄÄ:

Käsittelyn alkamispäivä:

Päätöspäivä:

RAVA

MMSE


