

HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT	
HENKIÖ-TIEDOT	Hakijan (hoidettavan) nimi Henkilötunnus
	Lähiosoite
	Postinumero ja postitoimipaikka Puhelin
	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Asumuserossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski
	Lähin omainen, osoite ja puhelin
PERHE-TIEDOT	Hakijan perheen koko _____perheenjäsentä
	Perheessä on _____alle 18-vuotiasta lasta, syntymävuodet
ASUMIS-TIEDOT	Asunnon koko _____huonetta ja keittiö/kk
	Mukavuudet <input type="checkbox"/> keskuslämmitys <input type="checkbox"/> puulämmitys <input type="checkbox"/> lämmin vesi <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> kylpyhuone, suihku, sauna
	<input type="checkbox"/> ei hissiä _____kerros
	Onko asuntoon tehty hakijan vamman edellyttämiä asunnonmuutostöitä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin, mitä
NYKYISET AVO- JA TUKI-PALVELUT	<input type="checkbox"/> Kotipalvelu, miten usein ja mitä
	<input type="checkbox"/> Valvottu kotisairaanhoido, miten usein ja mitä
	<input type="checkbox"/> Joku muu perheen ulkopuolinen avustaja, kuka ja miten usein ja mitä
HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE	
KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET	<input type="checkbox"/> ei käytössä <input type="checkbox"/> kyllä, mitä
LIIKKUMINEN	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten <input type="checkbox"/> vuodepotilas, miten
SYÖMINEN	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten <input type="checkbox"/> täysin autettava, miten
	<input type="checkbox"/> dieetti, mikä

PESEYTYMINEN	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miter <input type="checkbox"/> täysin autettava, miten
PUKEUTUMINEN	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miter <input type="checkbox"/> täysin autettava, miten
NÄKÖ	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea
KUULO	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuuro
PUHUMINEN	<input type="checkbox"/> puhuva <input type="checkbox"/> puhehäiriö <input type="checkbox"/> puhumaton
PSYKKINEN TOIMINTAKYKY	toiminta- muisti toimintakyky <input type="checkbox"/> kykyinen <input type="checkbox"/> heikentynyt <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> muutoin heikentynyt
WC-KÄYNTI	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> toisen autettava
PÄIVITTÄINEN HOIDONTARVE	Kuvailekaa mahdollisimman tarkasti mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan kuuluu päiväaikaan: yöaikaan:
ONKO HOIDETTAVA PÄIVISIN TAI MUUTOIN SÄÄNNÖLLISESTI	<input type="checkbox"/> koulussa, missä, aika _____ <input type="checkbox"/> päiväkodissa, missä, aika _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> suojatyössä, missä, aika _____ <input type="checkbox"/> päiväsairaalassa, miten usein _____ <input type="checkbox"/> vuorohoidossa, missä ja miten usein _____ <input type="checkbox"/> muualla, missä _____
LAITOSHOIDON KÄYTTÖ VIIMEKSI KULUNEEN VUODEN AIKANA	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, missä, hoitoajat
KELAN KORVAUKSET	Hoitotuki _____ €/kk Korotettu hoitotuki _____ €/kk Vammaistuki _____ €/kk Erityishoitotuki _____ €/kk Erityishoitoraha _____ €/pv

HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT							
HENKIÖ- TIEDOT	<table border="1"> <tr> <td>Hoitajan nimi</td> <td>Henkilötunnus</td> </tr> <tr> <td>Arvo tai ammatti</td> <td>Puhelin</td> </tr> <tr> <td>Lähiosoite</td> <td>Postiosoite</td> </tr> </table>	Hoitajan nimi	Henkilötunnus	Arvo tai ammatti	Puhelin	Lähiosoite	Postiosoite
	Hoitajan nimi	Henkilötunnus					
	Arvo tai ammatti	Puhelin					
Lähiosoite	Postiosoite						
HOITAJAN TYÖSSÄKÄYNTI <input type="checkbox"/> kokopäivätyö, klo <input type="checkbox"/> osapäivätyö, klo <input type="checkbox"/> ei työssä <input type="checkbox"/> eläkkeellä							
TIEDOT HOITO- SUHTEESTA	Hoitaja on hakijan <input type="checkbox"/> puoliso/avopuoliso <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> isä/äiti						
	<input type="checkbox"/> perheen ulkopuolinen palkattu hoitaja <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka Mistä alkaen hoitanut hakijaa?						
	Onko hoitajalla tällä hetkellä muita hoidettavia? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, nimi ja osoite						
	Jos hoitaja on hoidettavan lähiomainen, onko hän joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin						
	Maksetaanko hoidosta avustusta jonkin muun lain nojalla? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, paljonko jamistä						
LISÄTIETOJA	Hoitajan sairaudet ja muu oleellinen 						
TILINUMERO							
ALLEKIRJOI- TUKSET	_____ / _____ 20 						
	<table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hoidettavan allekirjoitus</td> <td>Hoitajan allekirjoitus</td> </tr> </table>	_____	_____	Hoidettavan allekirjoitus	Hoitajan allekirjoitus		
_____	_____						
Hoidettavan allekirjoitus	Hoitajan allekirjoitus						
LIITTEET	<input type="checkbox"/> Hoitajan osoitetiedot saa antaa Lakeuden Omaishoitajat ry:lle alueellisten tapahtumien tiedotusta						
LOMAKKEIDEN PALAUTUS JA LISÄTIETOJA	65-vuotta täyttäneiden omaishoidon tuen asiat Palautus: Asiakasohjausyksikkö, Sairaalantie 5, 62100 Lapua Lisätiedot: Palveluohjaaja puh. 044 4384 127 tai 044 4384 788						