

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 läheinen; 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

| |
|---|
| Sairauden tai vamman diagnoosi. Lyhyt kuvaus siitä millainen on hoidettavan terveydentila? |
| |
| |
| |
| Millä tavoin sairaus/vamma rajoittaa lapsen/perheen elämää verrattuna samanikäiseen terveeseen lapseen? |
| |
| |
| |
| Tällä hetkellä käytössä olevat palvelut? |
| |
| |
| Mitä apuvälineitä hoidettavalla on käytössä? |
| |

Avuntarve saman ikäiseen verrattuna

| Avun tarve/ toimintakyky | Suoriutuu itsenäisesti | Tarvitsee apua | Täysin autettava | Auttava henkilö |
|---|---------------------------|----------------|------------------|-----------------|
| Syöminen | | | | |
| Peseytyminen | | | | |
| Pukeutuminen / riisuutuminen | | | | |
| Wc-asiointi | | | | |
| Lääkehoito/ hoito- ja kuntoutustoimenpiteet | | | | |
| Liikkuminen | | | | |
| Kädentaidot | | | | |
| Ulkoilu | | | | |
| Koulutehtävissä avustaminen | | | | |

Onko hoidettava päivittäin tai muuten säännöllisesti

päiväkodissa koulussa iltapäivähoidossa muualla

Hoitajan antama apu

| |
|---------------------|
| Päiväaikaan: |
| |
| |
| Yöllä: |
| |
| |
| Muuta huomioitavaa: |
| |

Kelan etuudet ja tuet? vammaistuki _____ € /kk hakemus vireillä haettu, ei myönnetty

kuntoutusraha _____ € /kk muu, mikä _____ € /kk

Oletteko hakeneet omaishoidon tukea aikaisemmin? kyllä vuonna _____ ei

Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET

| | |
|--|---|
| Paikka ja päivämäärä | Paikka ja päivämäärä |
| Hoidettavan/ huoltajan allekirjoitus _____ nimen selvennys | Hoitajan allekirjoitus _____ nimen selvennys |

Palautusosoite: Kotihoidon palveluvastaava
Hanna Manninen
Jussilantie 8
41660 Toivakka