



Saapumispäivämäärä: _____

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	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> avoliitossa

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 <input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osapäivätyö _____ 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	
Vaikuttavatko hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Miten? Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto.	

Hoidettavan toimintakyky

Lyhyt kuvaus siitä millainen on hoidettavan terveydentila esim. sairaudet tai aisti-muistitoiminnot?
Tällä hetkellä käytössä olevat palvelut?
Mitä apuvälineitä hoidettavalla on käytössä?

Avuntarve

Avun tarve/ toimintakyky	Suoriutuu itsenäisesti	Tarvitsee apua	Täysin autettava	Auttava henkilö
Ruokahuolto/ syöminen				
Peseytyminen				
Pukeutuminen / riisuminen				
Wc-asiointi				
Lääkehoito/ hoitotoimenpiteet				
Liikkuminen				
Asiointi				
Kodinhuollolliset tehtävät				

Tuleeko hoidettava yksin toimeen päiväaikaan?

Ei Kyllä Kuinka kauan aikaa _____

Tarvitseeko asiakas yöllä toisen apua?

Ei Kyllä Kuinka monta kertaa _____

Hoitajan antama apu

on ympärivuorokautista päivittäistä harvemmin kuin kerran päivässä vaihtelee, _____ kertaa/ viikossa

Muuta huomioitavaa?

Annan suostumukseni hoidon- ja palvelun tuottamisen kannalta tarpeellisten tietojen siirtämiseen ja tietojen yhteiskäyttöön Jyväskylän terveyskeskuksen/ Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän/ Korpilahden- Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymän sekä hoitooni osallistuvan Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalveluiden vastuualueen henkilöstön ja siitä vastaavien henkilöiden käyttöön.

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

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

Hakemuksen täytössä avusti

Nimi: _____ Yhteystiedot: _____

Oletteko hakeneet omaishoidon tukea aikaisemmin? kyllä vuonna _____ ei

Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET

Paikka ja päivämäärä	Paikka ja päivämäärä
Hoidettavan allekirjoitus _____	Hoitajan allekirjoitus _____
Nimen selvennys	Nimen selvennys

Palautusosoite: Omaishoidon tuki
Keljonkatu 26
40600 Jyväskylä