



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 <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"/> 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

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 vastualueen henkilöstön ja siitä vastaavien henkilöiden käyttöön

Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET

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

Palautusosoite: Omaishoidon tuki
Keljonkatu 26
40640 Jyväskylä