

HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUNTARVE

Näkö	() normaali () heikko () sokea
Kuulo	() normaali () heikko () kuuro
Puhe	() normaali () epäselvä () afasia
Liikkuminen	() itsenäisesti () liikkuu avustettuna () liikkuu apuvälineiden avulla () vuodepotilas mitä apuvälineitä käytössä mitä apua tarvitsee
Syöminen	() itsenäisesti () autettava () syötettävä mitä apua tarvitsee
Wc-käynti	() itsenäisesti () autettava () vaipat käytössä mitä apua tarvitsee
Pukeutuminen	() itsenäisesti () osittain autettava () täysin autettava mitä apua tarvitsee
Peseytyminen	() itsenäisesti () osittain autettava () täysin autettava mitä apua tarvitsee
Lääkkeiden otto	() itsenäisesti () autettava () valvottava
Muisti	() normaali () alentunut () muistamaton muistitesti tehty
Psyyke/ käytös	() normaali () masentunut () aggressiivinen () sekava () häiritsevä () harhaileva () kontaktikyvytön

HOITAJAN ANTAMA APU

Onko hoitajan antama apu? () avustamista () hoitamista () valvontaa () ympärivuorokautista () päivittäistä () harvemmin kuin kerran päivässä kuinka monta kertaa viikossa Kuinka paljon hoitajalta menee aikaa hoidon antamiseen? tuntia päivässä tuntia viikossa
--

HAKEMUKSEN TEOSSA AVUSTANUT HENKIÖ

Nimi:	Puhelinnumero:
--------------	-----------------------

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS

..... / 20

Hoitajan allekirjoitus

Hoidettavan allekirjoitus

SUOSTUMUS TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN

Suostumme siihen, että salassa pidettäviä tietoja voidaan pyytää tai niitä voidaan antaa sosiaali- ja terveystoimen viranhaltijoille, jotka yhteistyössä käsittelevät omaishoidontukihakemusta ja omaishoidon tuen ja siihen liittyvien palveluiden myöntämistä, kartoittavat saatuja muita palveluja tai palveluiden tarvetta (sisältäen hoitoon liittyvät tiedot; hoito- ja hoitosuunnitelmat, kuntoutussuunnitelmat, tiedot terveydentilasta ja toimintakyvystä, epikriisit, lääkärinlausunnot yms.)

..... / 20

Hoitajan allekirjoitus

Hoidettavan allekirjoitus