

Vammaispalvelut

**HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT**

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero
Postinumero ja -toimipaikka	Kotikunta
Onko hoidettava sotainvalidi? <input type="checkbox"/> kyllä    % <input type="checkbox"/> ei	

**HOITAJANHENKILÖTIEDOT**

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumerot
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    Työ on <input type="checkbox"/> kokopäivätyötä <input type="checkbox"/> osapäivätyötä    h/vko <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 samassa taloudessa <input type="checkbox"/> erillään	
Vaikuttaako hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Miten? Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto	

**Hoidettavantoimintakyky**

Mistä päivittäisistä toiminnoista hoidettava selviytyy omatoimisesti?
Lyhyt kuvaus siitä millainen on hoidettavan terveydentila esim. sairaudet tai aisti-muistitoiminnot?
Mitä apuvälineitä hoidettavalla on käytössä?

Vammaispalvelut

**Lyhyt kuvaus minkälaista apua hoidettava tarvitsee seuraavissa toiminnoissa:**

Ruokahuolto/ syöminen:
Peseytyminen/ sauna/ wc:
Pukeutuminen:
Lääkehoito:
Liikkuminen:
Asiointiapu:
Kodinhoidolliset tehtävät:
Minkälaista apua hoidettava tarvitsee öisin?
Onko turvattuutta? Minkälaista?
Onko ihmissuhteita ja harrastuksia? Minkälaisia?
Tarvitsee apua muussa, missä?
Tuleeko hoidettava yksin toimeen päiväsaikaan? <input type="checkbox"/> 2 tuntia <input type="checkbox"/> 6 tuntia <input type="checkbox"/> 9 tuntia <input type="checkbox"/> 12 tuntia <input type="checkbox"/> ei voi olla yksin lainkaan
Mitä kunnan järjestämiä palveluja käytätte? Miten usein?
Miten hoidettavan hoito on järjestetty tällä hetkellä?
<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että kotihoidossa tarvittavia kotihoitoa ja terveydentilaani koskevia tietoja voidaan tallentaa osittain yhteisesti pidettävään asiakasrekisteriin. Rekisterinpitäjänä toimii Hattulan kunnan perusturvalautakunta. Hattulan kunnan vanhuspalvelun vastuuyksikön ja Hattulan terveyskeskuksen hoitooni osallistuva henkilöstö voi hoitoni niin vaatiessa tarkistaa ja kirjata näitä tietoja tehtäviensä edellyttämällä tavalla.
Kelan etuudet ja tuet? <input type="checkbox"/> hoitotuki      €kk <input type="checkbox"/> hakemus vireillä <input type="checkbox"/> haettu, ei myönnetty
Hakemuksen täytössä avusti Nimi: <span style="float: right;">Yhteystiedot:</span>
Oletteko hakeneet omaishoidon tukea aikaisemmin? <input type="checkbox"/> kyllä vuonna <input type="checkbox"/> ei

Vammaispalvelut

Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi.

**PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET**

Paikka ja päivämäärä	Paikka ja päivämäärä
Hoidettavan allekirjoitus	Hoitajan allekirjoitus
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Palautusosoite:	Sosiaalitoimisto Sari Kiviranta Pappilanniementie 9 13880 Hattula

Postiosoite:  
Pappilanniementie 9  
13880 Hattula

[www.hattula.fi](http://www.hattula.fi)  
[etunimi.sukunimi@hattula.fi](mailto:etunimi.sukunimi@hattula.fi)  
[hattulan.kunta@hattula.fi](mailto:hattulan.kunta@hattula.fi)

050 509 0347  
fax. 03 673 1321