

HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero
Postinumero ja -toimipaikka	

HOITAJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero
Postinumero ja -toimipaikka	
Hoitajan suhde hoidettavaan <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> lapsi <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"/> 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.	

HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY

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

LYHYT KUVAUS MINKÄLAISTA APUA HOIDETTAVA TARVITSEE SEURAAVISSA TOIMINNOISSA:

Ruokahuolto/ syöminen:
Peseytyminen/ sauna/ wc:
Pukeutuminen:
Lääkehoito:
Liikkuminen ja asiointiapu:
Kodinhoidolliset tehtävät:
Minkälaista apua hoidettava tarvitsee öisin?
Onko turvattomuutta? Minkälaista?
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?
Kelan etuudet ja tuet <input type="checkbox"/> hoitotuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> hakemus vireillä <input type="checkbox"/> haettu, ei myönnetty
Oletteko hakeneet omaishoidontukea aikaisemmin? <input type="checkbox"/> kyllä, vuonna _____ <input type="checkbox"/> ei
Hakemuksen täyttämässä avusti Nimi: _____ Yhteystiedot: _____

Allekirjoituksella omaishoidettava suostuu siihen, että kotihoidossa tarvittavia kotihoitoa ja terveydentilaa koskevia tietoja voidaan tallentaa osittain yhteisesti pidettävään asiakasrekisteriin. Rekisterinpitäjänä toimii Hattulan perusturvalautakunta. Hattulan kunnan ikäihmisten palvelun vastuuyksikön ja Hattulan terveydenhuollon hoitoni osallistuva henkilöstö voi hoitoni niin vaatiessa tarkistaa ja kirjata näitä tietoja tehtäviensä edellyttämällä tavalla.

Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET

Paikka ja päivämäärä	Paikka ja päivämäärä
Hoidettavan allekirjoitus	Hoitajan allekirjoitus
Nimenselvennys	Nimenselvennys
Palautusosoite: Hattulan kunta Koti- ja asumispalvelut / palveluohjaus Vanhainkodintie 5 13800 Katinala	