

Lyhyt kuvaus minkälaista apua hoidettava tarvitsee seuraavissa toiminnoissa:

Ruokahuolto / syöminen:
Peseytyminen / sauna / Wc:
Pukeutuminen:
Lääkehoito:
Liikkuminen:
Asiointiapu:
Kodin hoidolliset tehtävät:
Minkälaista apua hoidettava tarvitsee öisin?
Onko turvattomuutta? Minkälaista?
Onko ihmissuhteita ja harrastuksia? Minkälaisia?
Tarvitsee apua muussa, missä ?
Tuleeko hoidettava yksin toimeen päiväaikaan? <input type="checkbox"/> kaksi tuntia <input type="checkbox"/> kuusi tuntia <input type="checkbox"/> yhdeksän tuntia <input type="checkbox"/> 12 tuntia <input type="checkbox"/> ei voi olla yksin lainkaan
Tarvitseeko asiakas yöllä toisen apua? <input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> yhden kerran <input type="checkbox"/> kaksi kertaa <input type="checkbox"/> kolme kertaa <input type="checkbox"/> vaihtelee, _____ kertaa
Mitä kunnan järjestämiä palveluja käytätte? Miten usein?
Miten hoidettavan hoito on järjestetty tällä hetkellä?
<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa tarvittavia kotihoitoa ja terveydentilaani koskevia tietoja voidaan tallentaa osittain yhteisesti pidettävään asiakasrekisteriin. Rekisterinpitäjänä toimii Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokunta. Kotisairaanhoidon, kotipalvelun, Jyväskylän terveyskeskuksen, Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon vanhuspalvelut ja terveyskeskussairaalan tulosyksikön laitosten ja asumispalveluyksiköiden hoitoon 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 <input type="checkbox"/> kuntoutusraha _____ €/kk <input type="checkbox"/> vammaistuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ €/kk
Hakemuksen täytössä avusti
Nimi: _____ Yhteystiedot: _____
Oletteko hakeneet omaishoidon tukea aikaisemmin? <input type="checkbox"/> kyllä vuonna _____ <input type="checkbox"/> ei

Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET

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

Palautusosoite: Hankasalmen kunta, sosiaalitoimisto, Keskustie 41, 41520 HANKASALMI
Yhteystieto : avopalvelunohjaaja, puh. 014 2671 223 (klo 9 -10)