

OMAISHOIDONTUEN HAKEMUS
Pieksämäen kaupunki

Saapumispäivämäärä: _____

HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero
Postinumero ja -toimipaikka	Kotikunta
Onko hoidettava sotainvalidi <input type="checkbox"/> _____ % Veteraani <input type="checkbox"/>	Vahingon numero

HOITAJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero
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 / 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?	
Hoitajan ammatti ja työpaikka	Puhelinnumero työhön
Onko hoitaja joutunut jäämään pois työstä hoitamaan hoidettavaa <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
Hoitaja asuu <input type="checkbox"/> yhdessä hoidettavan kanssa <input type="checkbox"/> samassa talossa kuin hoidettava <input type="checkbox"/> erillään	
Vaikuttavanko hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Miten? Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto.	
Onko hoitajalla ajokortti? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Käyttääkö hoitaja alkoholia? <input type="checkbox"/> Ei lainkaan <input type="checkbox"/> Harvoin <input type="checkbox"/> Viikoittaan <input type="checkbox"/> Päivittäin	
HOIDETTAVAN TERVEYDENTILA: Mistä päivittäisistä toiminnoista hoidettava selviytyy omatoimisesti?	
Hoidettavan sairaudet?	
Mikä on hoidettavan käytössä oleva lääkitys?	
Mitä apuvälineitä hoidettavalla on käytössä?	

Vaipat käytössä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Lyhyt kuvaus miten hoidettava selviytyy päivittäin kotona:
Ruokailu:
Peseytyminen / sauna / Wc:
Pukeutuminen:
Lääkehoito:
Liikkuminen:
Asiointi kodin ulkopuolella:
Siivous:
Muita perustietoja hoidettavasta:
Käyttääkö hoidettava alkoholia? <input type="checkbox"/> Ei lainkaan <input type="checkbox"/> Harvoin <input type="checkbox"/> Viikoittain <input type="checkbox"/> Päivittäin
Onko hoidettavalla voimassa oleva ajokortti? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, ajaako autoa?
Sosiaaliset suhteet ovat hoidettavalla kunnossa? <input type="checkbox"/> Lapsiin <input type="checkbox"/> Muihin omaisiin <input type="checkbox"/> Ystäviin <input type="checkbox"/> Eivät ole kunnossa
Tuleeko hoidettava yksin toimeen päiväikaan? <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

Onko kotipalvelun ja / tai kotisairaanhoidon antamia palveluita? Mitä?
Auttaako hoidossa joku muu, kuin hoitajaksi merkattu?
_____ Annan suostumuksen kotisairaanhoidon tai farmaseutin lääkearvioon.
<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimista muilta viranomaisilta.

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.

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

Palautusosoite: Omaishoidon tuki, Sosiaali- ja terveystieteiden keskus, PL 101, 76101 Pieksämäki. Hakemuksen käsittelijä pyytää tarvittaessa ajan tasalla olevan lääkärinlausunnon (C tai B), muun lääkärin antaman selvityksen tai muun asiantuntijalausunnon, josta ilmenee hoidon sitovuus ja vaatavuus.