

Hakemuksen saapumispäivä: ____ . ____ . 20__

**HAKEMUS
PALVELUASUMISEEN**

- pitkäaikaishoito
 lyhytaikaishoito

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet:	Henkilötunnus:
Arvo tai ammatti:	Siviilisäätty: <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut
Väestökirjalainmukainen kotipaikka:	
Nykyinen osoite:	Puhelinnumero(t):
Puoliso, nimi:	Henkilötunnus:
Asioiden hoitaja/edunvalvoja nimi, osoite ja puhelinnumero:	

ASUMINEN

Nykyinen asumismuoto: <input type="checkbox"/> omistusasunto <input type="checkbox"/> vuokra-asunto			
pinta-ala:	huoneluku:	aikuisia:	lapsia:
Lisätietoja asumisesta:			

AVOHUOLLON PALVELUT

TUKIPALVELUT

<input type="checkbox"/> kotipalvelu _____ kertaa kk / vko <input type="checkbox"/> kotisairaanhoido _____ kertaa kk / vko <input type="checkbox"/> yksityinen kotipalvelu _____ kertaa kk / vko <input type="checkbox"/> yksityinen siivooja _____ kertaa kk / vko <input type="checkbox"/> omaishoitaja, kuka: _____ <input type="checkbox"/> henkilökohtainen avustaja <input type="checkbox"/> kotikuntoutus _____ krt/vko	<input type="checkbox"/> käy aterioimassa palvelupisteessä _____ kertaa vko <input type="checkbox"/> saa aterian kotiin tuotuna _____ kertaa vko <input type="checkbox"/> saa kylvetyspalvelua <input type="checkbox"/> turvapuhelin <input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu _____ matkaa / kk <input type="checkbox"/> muu palvelu _____
Muu apu, mikä:	

HOITOPAIKAN TARPEEN PERUSTELUT

Kirjaaja: _____ Päivämäärä: _____._____.20____

Hakijan oma mielipide:

Kirjaaja: _____ Päivämäärä: _____._____.20____

Hakijan omaisten / virallisen edunvalvojan mielipide:

SUOSTUN, että minua koskevia salassa pidettäviä tietoja voidaan antaa

- kela
- terveyskeskus / sairaala
- sosiaaliviranomainen
- hoitopaikka

Paikka: _____

Päiväys: _____

Allekirjoitus: _____

_____ . _____.20_____

LIITTEET: SELVITYS TOIMINTAKYVYSTÄ

Mittari	tulos / tehty	tulos / tehty	tulos / tehty	tulos / tehty
RAVA	/ . .20	/ . .20	/ . .20	/ . .20
MMSE	/ . .20	/ . .20	/ . .20	/ . .20
ADL	/ . .20	/ . .20	/ . .20	/ . .20

HAKEMUKSEN PALAUTUS:

SAS-hoitaja

Pieksämäen kaupunki/ Palveluohjaus

Tapparakatu 1-3

76100 Pieksämäki