

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

Hoidettavan tiedot	nimi _____ henkilötunnus _____ osoite _____ puh.nro _____																				
Hoitajan henkilötiedot	nimi _____ henkilötunnus _____ osoite _____ puh.nro _____ pankki ja tilinumero _____																				
Hoitaja on	_____ puoliso _____ lapsi _____ muu omainen _____ naapuri _____ palkattu hoitaja _____ vanhempi																				
Hoitaja on ansiotyössä	_____ kyllä _____ ei _____ jättänyt ansio- työn hoidon takia																				
Asuminen	Asunnon kunto ja varustetaso _____ hyvä _____ kohtalainen _____ huono muuta huomioitavaa _____ _____ _____																				
Toimintakyky	<u>Liikuntakyky</u> _____ hyvä _____ apuvälineiden avulla _____ pyörätuolilla itsenäisesti _____ toisen avustamana _____ pyörätuolilla autettuna _____ vuodepotilas <u>Suorittumiskyky</u> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>itsenäi- sesti</th> <th>rajoittunut</th> <th>täysin autettava</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pukeutuminen</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>syöminen</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>WC</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>peseytyminen</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		itsenäi- sesti	rajoittunut	täysin autettava	pukeutuminen	_____	_____	_____	syöminen	_____	_____	_____	WC	_____	_____	_____	peseytyminen	_____	_____	_____
	itsenäi- sesti	rajoittunut	täysin autettava																		
pukeutuminen	_____	_____	_____																		
syöminen	_____	_____	_____																		
WC	_____	_____	_____																		
peseytyminen	_____	_____	_____																		
Muisti	_____ Normaali, aikaan ja paikkaan orientoitunut, muistaa menneet ja nykyiset _____ Alentunut, muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset, tietää missä ollaan _____ Muistamaton, ei orientoitunut aikaan / paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa käännä																				

Psykye / käytös	☐ Normaali, asiallinen, tasapainoinen, kommunikoi muiden kanssa ☐ Masentunut, allapäin, haluton kaikkeen, eristäytyy, haluaa kuolla, itkee usein ☐ Aggressiivinen, lyö, kiroilee, vastustaa hoitotoimenpiteitä yms. ☐ Sekava, ei tiedä aikaa, paikkaa, harhainen, epäasiallinen käytös / puhe ☐ Häiritsevä, äänekäs, häiritsee ympäristöään, herättää negatiivisia tunteita ☐ Harhaileva, eksyy norm. ympäristössään, kuljeskelee jatkuvasti, karkailua ☐ Kontaktikyvytön, henkilöön ei saa järkevää kontaktia, syvä dementia / tajuton ☐ Vammaisuus						
Valvonnan tarve	Kuinka pitkäksi ajaksi hoidettavan voi jättää yksin ? ☐ ei voi jättää yksin / enintään 1 tunniksi yhtäjaksoisesti ☐ 1-4 tunniksi ☐ yli 4 tunniksi / yön yli ☐ 12-24 tunniksi						
Avun ja sairaan- hoidon tarve	<u>Lääkkeet</u> ☐ itse, ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeensä ☐ autettava, lääkkeet jaetaan dosettiin / annosmukiin, josta hoidettava ottaa itse ☐ valvottava, lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että hoidettava ottaa ja nielee ne <u>Muut sairaanhoidolliset toimenpiteet</u> <u>Muu avuntarve</u> <u>Avun tarve yöllä</u> ☐ ei tarvitse ☐ satunnaisesti ☐ usein						
Kelan hoitotuki	<table border="0"> <tr> <td>alin hoitotuki</td><td>korotettu hoitotuki/ vammaistuki</td><td>erityishoitotuki/ vammaistuki</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	alin hoitotuki	korotettu hoitotuki/ vammaistuki	erityishoitotuki/ vammaistuki			
alin hoitotuki	korotettu hoitotuki/ vammaistuki	erityishoitotuki/ vammaistuki					
Allekirjoitukset	Päiväys ____ / ____ 20____ Suostun siihen, että hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. Olen tietoinen siitä, että tietojani rekisteröidään Oripään kunnan asiakastietojärjestelmään. Hakijan tai tietojen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys						
Tarvittavat liitteet	Lääkärinlausunto ja/tai TYKS:n lausunto						