

**KANGASALAN KAUPUNKI**

Sosiaali- ja terveyskeskus
Vanhushuolto
PL 50
36201 Kangasala

LYHYTAIKAISHOITOHAKEMUS

Hakemus saapunut _____

LYHYTAIKAISHOITO:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rekola | Reumantie 6, 36200 Kangasala |
| <input type="checkbox"/> Pentorinne | Pappilantie 2, 36810 Kuhmalahti |
| <input type="checkbox"/> Kukkiakoto | Vohlisaarentie 1, 36760 Luopioinen |

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Sukunimi ja etunimet (alleviivatkaa kutsumanimi) | | Henkilötunnus | | |
| Nykyinen lähiosoite | | | | |
| Postinumero ja postitoimipaikka | | | | |
| Puhelinnumero | Väestökirjalain mukainen kotipaikka | | | |
| Siviilisääty | | | | |
| <input type="checkbox"/> naimisissa | <input type="checkbox"/> naimaton | <input type="checkbox"/> avoliitossa | <input type="checkbox"/> leski | <input type="checkbox"/> eronnut |

LÄHIOMAINEN / ASIAINHOITAJA / EDUNVALVOJA

| | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| Sukunimi ja etunimi | <input type="checkbox"/> lähiomainen | <input type="checkbox"/> asiainhoitaja |
| | <input type="checkbox"/> edunvalvoja | |
| Lähiosoite | | |
| Postinumero ja postitoimipaikka | Puhelinnumero | |

ASUMINEN

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> kerrostalo | <input type="checkbox"/> omakotitalo | <input type="checkbox"/> rivitalo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> asuu yksin | <input type="checkbox"/> asuu yhdessä, kenen kanssa? | | |
| Lisätietoja (esim. asumisen puutteet) _____ | | | |

ULKOPUOLELTA SAATU APU

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> säännöllinen kotihoito _____ krt / vko | <input type="checkbox"/> tilapäinen kotihoito |
| <input type="checkbox"/> omainen, kuka/ketkä? _____ krt / vko | _____ |
| _____ krt / vko | _____ |
| <input type="checkbox"/> joku muu, kuka? _____ krt / vko | _____ |
| <input type="checkbox"/> säännöllinen lyhytaikaishoito (intervallihoito) | |
| <input type="checkbox"/> tilapäinen lyhytaikaishoito | |

TUKIPALVELUT

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ateriapalvelu | <input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu | <input type="checkbox"/> kylvetyspalvelu |
| <input type="checkbox"/> päiväkeskus | <input type="checkbox"/> vapaaehtoistyö | <input type="checkbox"/> turvapalvelu |

OMAISHOIDON TUKI

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ei omaishoidon tukea | <input type="checkbox"/> omaishoidon tuki, omaishoitajan nimi |
|---|---|

HOITOAIKA

| |
|----------------------------------|
| Toivottu ajankohta / aloitusaika |
|----------------------------------|

HAKIJAN TOIMINTAKYKY

| | | | |
|---|---|--|--|
| Liikkuminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti kodin ulkopuolella | <input type="checkbox"/> itsenäisesti sisällä | <input type="checkbox"/> apuvälineenä keppi, rollaattori tms. |
| | <input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon voi itse siirtyä | <input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon on autettava | <input type="checkbox"/> liikkuminen on hyvin vähäistä ja avuntarve suuri |
| Pukeutuminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua | <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava |
| Peseytyminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua | <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava |
| WC-käynnit | <input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua | <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava |
| Rakon toiminta | <input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen | <input type="checkbox"/> kastelee ajoittain | <input type="checkbox"/> kastelee jatkuvasti <input type="checkbox"/> käyttää vaippaa |
| Vatsan toiminta | <input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen | <input type="checkbox"/> pidätyskyvytön ajoittain | <input type="checkbox"/> käyttää vaippaa |
| Ruuan lämmitys | <input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua | <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava |
| Ruokailu | <input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua | <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava |
| Siivous | <input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua | <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava |
| Vaatehuolto | <input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua | <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava |
| Omien asioiden hoitaminen | <input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua | <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava |
| Vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa (näkö, kuulo, kommunikointi) | <input type="checkbox"/> ei ole ongelmia | <input type="checkbox"/> on ongelmia, minkälaisia | |
| Muisti | <input type="checkbox"/> muisti normaali | <input type="checkbox"/> ajoittain muistamaton | <input type="checkbox"/> muistamaton |
| Muistisairauteen liittyviä ongelmia | <input type="checkbox"/> sekava tai levoton | <input type="checkbox"/> aggressiivinen | <input type="checkbox"/> harhailu |
| Kotona asumista vaikeuttavat tunteet | <input type="checkbox"/> pelokkuuden tunne voimakas | <input type="checkbox"/> turvattomuuden tunne voimakas | <input type="checkbox"/> yksinäisyyden tunne voimakas |
| Harhaisuus | <input type="checkbox"/> ei ole harhoja | <input type="checkbox"/> on harhoja (esim. näkö- ja kuuloharhat) | |
| Lääkkeiden otto | <input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua | <input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua | <input type="checkbox"/> täysin autettava |
| Onko ongelmia lääkkeiden väärinkäytön, alkoholin tai muiden päihteiden kanssa | <input type="checkbox"/> ei ole | | <input type="checkbox"/> on |

PERUSTELUT LYHYTAIKAISHOIDON TARPEESTA

ASIAKKAAN TAVOITTEET JA TOIVEET LYHYTAIKAISHOIDOSTA

ERITYISRUOKAVALIOT, ALLERGIAT

SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 12 §:n mukaan asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa on annettava ne tiedot, joita tarvitaan sosiaalihuollon järjestämisessä ja toteuttamisessa.

Annan suostumukseni siihen, että palvelun myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa

Paikka

ja aika _____

Allekirjoitus _____

hakija

Hakemuksen täyttämässä on avustanut
nimi ja puh.numero

HAKEMUKSEN PALAUTUS

Postiosoite:

Kangasalan kaupunki
Sosiaali- ja terveyskeskus
Sosiaalityöntekijä Salla Laiho
PL 50
36201 Kangasala

Käyntiosoite:

Kangasalan kaupunki
Sosiaali- ja terveyskeskus
Myllystenpohjantie 2
36200 Kangasala