

Hakemus saapunut _____

PÄIVÄKESKUS:

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jalmarin Koto | Finnentie 11, 36200 Kangasala |
| <input type="checkbox"/> Pentorinne | Pappilantie 2, 36810 Kuhmalahti |
| <input type="checkbox"/> Kukkiakoto | Vohlisaarentie 1, 36760 Luopioinen |
| <input type="checkbox"/> Kanerva | Nuohoojantie 14, 36600 Pälkäne |

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet (alleiviivatkaa kutsumanimi)		Henkilötunnus
Nykyinen lähiosoite		
Postinumero ja postitoimipaikka		
Puhelinnumero	Väestökirjalain mukainen kotipaikka	
Sivillisääty <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"/> asainhoitaja
	<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	
<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 pähteiden kanssa	<input type="checkbox"/> ei ole		<input type="checkbox"/> on

PERUSTELUT PÄIVÄKESKUSTOIMINNAN TARPEESTA

ASIAKKAAN TAVOITTEET JA TOIVEET PÄIVÄKESKUSTOIMINTAPÄIVIIN

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 yhteistyötahoilta.

Paikka _____ Allekirjoitus _____
ja aika _____ hakija

Hakemuksen täyttämässä on avustanut
nimi ja puh.numero _____

HAKEMUKSEN PALAUTUS

Postiosoite:
Kangasalan kaupunki
Sosiaali- ja terveyskeskus
Vanhuspalvelut / Asiakasohjaus
Artturintie 10
36220 Kangasala

Käyntiosoite:
Kangasalan kaupunki
Sosiaali- ja terveyskeskus / kotihoito
Myllystenpohjantie 2
36200 Kangasala