

Hakemus saapunut _____

Hakemus käsitelty SAS-ryhmässä _____

ASIAKKAAN 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		
Puolison nimi		Puolison henkilötunnus

LÄHIOMAINEN / ASIAINHOITAJA / EDUNVALVOJA

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

PÄÄTÖS LÄHETETÄÄN

Nimi	Puhelinnumero
Osoite	

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? _____
<input type="checkbox"/> laitoshoido, mikä? _____
Lisätietoja (esim. asumisen puutteet)

LIITTEET (ei tarvitse toimittaa, jos hakija on Kangasalan kaupungin sos.- ja terv.palvelujen käyttäjä)

Lääkärintlausunto C-lausunto	pvm
RAI-arviointi	pvm
MMSE-arviointi	pvm

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	_____ 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"/> kauppapalvelu
<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
---	---

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

MITEN ASIAKAS ITSE KOKEE SELVIYTYVÄNSÄ KOTONA TÄLLÄ HETKELLÄ

hyvin melko hyvin melko huonosti huonosti

HOITOAIKA

Toivottu ajankohta /
aloitusaika

PERUSTEET, JOLLA HAETAAN YMPÄRIVUOROKAUTISEEN HOIVAAN SEKÄ KUVAUS SYISTÄ, MIKSI ASUMISTA EI VOI JATKAA HAKIJAN NYKYISESSÄ KODISSA

ASIAKKAAN OMA MIELIPIDE / TOIVE ASUMISESTAAN

HOITOPAIKKATOIVE JA SIIHEN LIITTYVÄT PERUSTELUT

Pitkäaikaispaikkaa päätettäessä pyritään ottamaan huomioon toive paikan sijainnista. Tarjottu paikka on pääsääntöisesti otettava vastaan. Ympäri vuorokautista hoivaa tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena, vaikka se muodostuukin vanhainkotihoidosta ja tehostetusta palveluasumisesta. Lista ympäri vuorokautisen hoivan yksiköistä löytyy hakemuksen lopusta.

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 / omainen / asianhoitaja)

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
---	---

YMPÄRIVUOROKAUTISEN HOIVAN PAIKAT

Ympärivuorokautista hoivaa tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena, vaikka se muodostuukin vanhainkotihoivasta ja tehostetusta palveluasumisesta.

PITKÄAIKAISHOITO VANHAINKODISSA

Pentorinteen vanhainkoti	Pappilantie 2, 36810 Kuhmalampi	
--------------------------	---------------------------------	--

TEHOSTETTU PAVELUASUMINEN, KAUPUNGIN

Kukkiakoto	Vohlisaarentie 1 36760 Luopioinen	Dementiayksikkö Sointula Hoivayksikkö Tyynelä
Rikun ryhmäkodit	Rekolantie 11, 36200 Kangasala	

TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN, OSTOPALVELU

Attendo Hildantupa	Korpiniityntie 20, 36200 Kangasala
Attendo Hoivakoti Herttuatar	Harjunsalontie 2 B, 36220 Kangasala
Attendo Satumetsä	Lastenlinnantie 7, 36600 Pälkäne
Esperi - Pikonlinnan Hoivakoti Linnea - Pikonlinnan Hoivakoti Sylvianna	Pikonlinnantie 240, 36280 Pikonlinna
Esperi Palvelukeskus Kielo	Seimenkatu 1, 33730 Tampere
Jalmarin Koto, Ryhmäkoti	Finnentie 11, 36200 Kangasala

Lisäksi mahdollisuus myöntää hakijalle palveluseteli tehostetun palveluasumisen järjestämiseen. Palvelusetelituottajiksi hyväksytään kaikki kriteerit täyttävät ympärivuorokautista hoivaa tarjoavat yksiköt.