

Hakemus saapunut _____

LYHYTAIKAISHOITO:

- Rekola Reumantie 6, 36200 Kangasala
 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	
<input type="checkbox"/> joku muu, kuka?	_____ krt / vko	_____ krt / vko

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 TUKEA

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

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 <input type="checkbox"/> pidätyskyvytön
Ruokailu	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Nukkuminen	<input type="checkbox"/> nukkuu yöt yleensä hyvin	<input type="checkbox"/> ajoittain vaikeuksia nukkua	<input type="checkbox"/> muu (päivärytmi) mitä?
Omien asioiden hoitaminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Näkö	<input type="checkbox"/> ei ole ongelmia	<input type="checkbox"/> on ongelmia, minkälaisia	
Kuulo	<input type="checkbox"/> ei ole ongelmia	<input type="checkbox"/> on ongelmia, minkälaisia	
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), minkälaisia?	
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

HOITOAIKA

Toivottu ajankohta /
aloitusaika

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 yhteistyötahoilta.

Paikka

ja aika _____ Allekirjoitus _____
hakija

Hakemuksen täyttämässä on avustanut
nimi ja puh.numero

HAKEMUKSEN PALAUTUS

Kangasalan kaupunki / Rekola
Lyhytaikaishoidon ohjaaja
Reumantie 6
36200 Kangasala