

LYHYTAIKAISHOITOHAKEMUS

Lyhytaikaishoito

<input type="checkbox"/> Rekola	Reumantie 6, 36200 Kangasala
<input type="checkbox"/> Kukkiakoto	Vohlisaarentie 1, 36760 Luopioinen

Hakijan tiedot

Sukunimi ja etunimet (alleviivatkaa 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, asianhoitaja, edunvalvoja

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

Hakijan asumismuoto

<input type="checkbox"/> kerrostalo <input type="checkbox"/> rivitalo <input type="checkbox"/> omakotitalo	
<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 / vk
<input type="checkbox"/> omainen kuka, ketkä? _____	_____ krt / vk
<input type="checkbox"/> joku muu kuka, ketkä? _____	_____ krt / vk
<input type="checkbox"/> tilapäinen kotihoito	
Lisätietoja	

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:
---	--

Hakijan toimintakyky

Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti kodin ulkopuolella	<input type="checkbox"/> itsenäisesti sisällä	<input type="checkbox"/> kävelyn apuväline, mikä?
	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon voi itse siirtyä	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon 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"/> ajoittain pidätyskyvytön	<input type="checkbox"/> pidätyskyvytön <input type="checkbox"/> käyttää vaippaa
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 asu- mista vaikeut- tavat 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
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 _____ Allekirjoitus _____
ja aika _____ hakija

Hakemuksen täyttämässä on avustanut (nimi ja puhelinnumero):

HAKEMUKSEN PALAUTUS**Postiosoite:**Kangasalan kaupunki / Rekola
Lyhytaikaishoidon ohjaaja
Reumantie 6
36200 Kangasala