



## Hakemus kotona asumista tukeviin palveluihin

### HAKEMUKSELLA HAETAAN

- Kotihoito  
 Lyhytaikaishoito  
 Kuntouttava päivätoiminta  
 **Palveluasuminen**
- Palveluasuminen**  
 Turvapalvelu  
 Ateriapalvelu  
 Pyykkipalvelu
- Saattaja-apu/asiointi  
 Kylvetyspalvelu  
 Kauppa-/asiointipalvelu

### HENKILÖTIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
------	---------------

Osoite	Puhelin
--------	---------

Lähin omainen/asioidenhoitaja/edunvalvoja osoite ja puhelin

- Hakija on sotainvalidi \_\_\_\_\_ %     Veteraani     Vaikeavammainen, invaliditeetti \_\_\_\_\_ %

Saa

- Kelan alinta hoitotukea     korotettua hoitotukea     ylintä hoitotukea

### ASUMINEN

- Yksin     Yhdessä  
 Omakotitalo     Rivitalo     Kerrostalo     Palvelutalo  
 Wc sisätiloissa     Suihku- ja kylpyhuone sisätiloissa     Huoneistokohtainen sauna     Keskus- ja sähkölämmitys

Lisätiedot asumisesta /esim. puutteelliset asumisolosuhteet, selvitys asunnon o tehdyistä muutostöistä, puulämmitys, portaikot tai muut esteet yms.):

---

---

---

---

---

### NYKYISET PALVELUT

- Kotihoito, kuinka usein \_\_\_\_\_ vrk/vko/kk    Mitä palvelua: \_\_\_\_\_  
 Omaisten tai läheisten antama tuki, mitä: \_\_\_\_\_  
 Muun palveluntuottajan tuki, mitä: \_\_\_\_\_

---

## MUUT PALVELUT

- Lyhytaikahoito  Ateriapalvelu, kuinka usein: \_\_\_\_\_  Turvapalvelu  
 Kuljetuspalvelu  Kuntouttava päivätoiminta  Kylvetyspalvelu  Saattaja-apu/asiointi  
 Muu, mikä: \_\_\_\_\_

Lyhytaikahoito, missä ja kuinka usein? \_\_\_\_\_

Muut palvelut, missä ja kuinka usein? \_\_\_\_\_

---

## KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET

---

---

## PÄIVITTÄINEN HOIDON TARVE

- |                  |                                       |   |   |                                       |
|------------------|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| Liikkuminen      | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> apuvälineen avulla                       | <input type="checkbox"/> paljon autettava   | <input type="checkbox"/> vuodepotilas |
| Syöminen         | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> autettava                                | <input type="checkbox"/> syötettävä   |                                       |
| Lääkitys         | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> ohjatusti                                | <input type="checkbox"/> valvottava   |                                       |
| Peseytyminen     | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua                     | <input type="checkbox"/> täysin autettava   |                                       |
| Pukeutuminen     | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> tarvitsee vähän apua                     | <input type="checkbox"/> täysin autettava   |                                       |
| Näkö             | <input type="checkbox"/> normaali     | <input type="checkbox"/> heikentynyt                              | <input type="checkbox"/> sokea  |                                       |
| Kuulo            | <input type="checkbox"/> normaali     | <input type="checkbox"/> heikentynyt                              | <input type="checkbox"/> kuuro  |                                       |
| Muisti           | <input type="checkbox"/> normaali     | <input type="checkbox"/> alentunut                                | <input type="checkbox"/> muistamaton  |                                       |
| Puhuminen        | <input type="checkbox"/> normaali     | <input type="checkbox"/> puhehäiriö                               | <input type="checkbox"/> puhumaton  |                                       |
| WC:ssä käynti    | <input type="checkbox"/> itsenäisesti | <input type="checkbox"/> autettava                                | <input type="checkbox"/> alusastia  |                                       |
| Virtsan pidätys  | <input type="checkbox"/> normaali     | <input type="checkbox"/> kastelu                                  | <input type="checkbox"/> katetri <input type="checkbox"/> vaipat                                      |                                       |
| Ulosteen pidätys | <input type="checkbox"/> normaali     | <input type="checkbox"/> ummetus <input type="checkbox"/> tuhriva | <input type="checkbox"/> avanne <input type="checkbox"/> toimitettuna <input type="checkbox"/> vaipat |                                       |
- 

## SELVITYS KOTIHOIDON TARPEESTA

---

---

---

## SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUKSET

Allekirjoituksellani annan luvan minua koskevien tietojen käsittelyyn moniammatillisessa SAS-työryhmässä (selvitys-, arviointi- ja sijoitusryhmä) sekä näiden tietojen siirtoon tulevalle hoitoyksikölle. Lisäksi annan luvan terveydenhuollon Pegasos-ohjelman tietojen yhteiskäyttöön.

Paikka \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

---

## HAKEMUKSEN PALAUTUS OSOITTEESEEN

Ikääntyvien palvelut /palveluohjaus  
Välskärintie 5  
27800 Säskylä