



Anlänt _____

ANSÖKAN GÄLLER:

- ☐ Intervallvård/Rehabilitering
☐ Bedömning av servicebehovet
☐ Hemvård/hemsjukvård

- ☐ Serviceboende
☐ Stöd för närståendevård
☐ Stödtjänster

SÖKANDENS UPPGIFTER

Namn	Personbeteckning
Hemadress	Hemkommun
Civilstånd () ogift () gift () änka/änkling () skild	Hemtelefon

ANHÖRIGAS/KONTAKTPERSONENS UPPGIFTER

Namn	Adress och telefon
------	--------------------

KONTAKT TILL ANHÖRIGA

() dagligen () varje vecka () varje månad () ingen kontakt () besök () telefonsamtal

INTRESSEBEVAKARENS

Namn	Adress och telefon
------	--------------------

KORT BESKRIVNING AV SÖKANDENS NUVARANDE SITUATION (bl.a. boende och hälsotillstånd)

VILKEN HJÄLP/VILKA HJÄLPMEDEL BEHÖVER NI FÖR TILLFÄLLET I FÖLJANDE FUNKTIONER/ÄRENDEN?

Att röra sig	_____
Av- och påklädning	_____
Tvättning	_____
WC-besök	_____
Måltiderna	_____
Mediciner	_____
Hemvård	_____
Butiks- och bankärenden	_____

BEVILJAD SERVICE SOM FÖR TILLFÄLLET GES I HEMMET

hemservice hur ofta		hemsjukvård hur ofta		stødtjänster	hur ofta

Minne		normal		försämrats		minneslös MMSE		Datum	
Syn		normal		försvagad		blind			
Hörsel		normal		dåligt		döv			
Tal		normal		otydligt		afasi			

Hjälpbehov under natten Hur länge klarar ni er utan hjälp av en annan person? Vårdbidrag från FPA ☐ inget ☐ lägsta ☐ förhöjda ☐ specialStöd för närståendevård ☐

Servicehandledaren bedömer vilken vårdnivå som är den rätta utgående från hur krävande vårdbehovet är.
(RAI-bedömning)

Klientens egna önskemål beaktas så långt det är möjligt.

Jag samtycker till att servicehandledaren vid behov begär kompletterande uppgifter om mitt vårdbehov från
hälsovårdscentralen, sjukhus eller annan källa.

Om boendelats konstateras vara nödvändig tar jag emot den genast då den finns tillgänglig.

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är riktiga.**Plats och tid****Sökandens underskrift**

Uppgifterna ges inte till utomstående.

Om ansökan ifylls av någon annan än den sökande bör orsak anges.

Annan än sökanden, orsak: ☐ läkarutlåtande bifogas**Ansökan returneras till:**

Mariehemmet

Ansvarig skötare Anne Kotiranta

Kyrkogatan 36

64260 Kaskö