



Saapunut \_\_\_\_\_

**HAKEMUS KOSKEE:**

- Intervallihoitoa/Kuntoutusta  
 Palvelutarpeen arviointia  
 Kotihoitoa/kotisairaanhoidoa

- Asumispalvelua  
 Omaishoidon tukea  
 Tukipalveluja

**HAKIJAN TIEDOT**

Nimi	Henkilötunnus
Kotiosoite	Kotikunta
Siviilisääty ( ) naimaton ( ) avioliitossa ( ) leski ( ) eronnut	Puhelin kotiin

**OMAISEN/YHTEYSHENKILÖN TIEDOT**

Nimi	Osoite ja puhelin
------	-------------------

**YHTEYDENPITO OMAISIIN**

( ) päivittäin ( ) viikottain ( ) kuukausittain ( ) ei yhteyttä ( ) vierailu ( ) puhelimitse

**EDUNVALVOJA**

Nimi	Osoite ja puhelin
------	-------------------

**LYHYT KUVAUS HAKIJAN NYKYTILANTEESTA (mm. asuminen ja terveydentila)**


**MINKÄLAISTA APUA/APUVÄLINEITÄ TARVITSETTE TÄLLÄ HETKELLÄ SEURAAVISSA TOIMINNOISSA/ASIOISSA?**

Liikkuminen	_____
Pukeutuminen	_____
Peseytyminen	_____
WC-käynti	_____
Ruokailu	_____
Lääkkeet	_____
Kodinhoito	_____
Kauppa- ja pankkiasiat	_____

**KOTIIN MYÖNNETYT PALVELUT TÄLLÄ HETKELLÄ**

kotipalvelu <input type="checkbox"/>	kotisair.hoito <input type="checkbox"/>	<b>tukipalvelut</b>	kuinka usein
kuinka usein	kuinka usein		

Muisti	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> huonontunut	<input type="checkbox"/> muistamaton MMSE_____Pvm _____
Näkö	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> heikentynyt	<input type="checkbox"/> sokea
Kuulo	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> huono	<input type="checkbox"/> kuuro
Puhe	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> epäselvä	<input type="checkbox"/> afasia

Avuntarve öisin \_\_\_\_\_

Kuinka kauan pärjätte ilman toisen apua \_\_\_\_\_

Kelan hoitotuki  ei ole  pienin  korotettu  erityistuki

Omaishoidontuki  \_\_\_\_\_

Palveluohjaaja arvioi oikeaa hoitotasoa hoitoisuuden perusteella (RAI-arviointi). Asiakkaan omat toivomukset otetaan huomioon mahdollisimman pitkälle.

Suostun siihen, että palveluohjaaja tarvittaessa pyytää täydentäviä tietoja hoidontarpeestani terveyskeskukselta, sairaalalta tai muulta taholta.

Jos asumispaikka todetaan tarpeelliseksi, otan sen vastaan heti kun se on käytettävissä.

**Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.**

**Paikka ja aika**

**Hakijan allekirjoitus**

Tietoja ei luovuteta ulkopuoliselle.

Jos hakemuksen täyttää muu kuin hakija, syy on ilmoitettava.

Muu kuin hakija, syy: \_\_\_\_\_

lääkärinlausunto oheisena

**Hakemus palautetaan osoitteella:**

Mariakoti

Vastaava hoitaja Anne Kotiranta

**Kirkkokatu 36**

64260 Kaskinen