

## Leppävirran kunta/Kotihoito

## Asiakkaan (hoidettavan) henkilötiedot

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Perhesuhde <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> avoliitossa	Kotikunta
Lähiosoite	Puhelinnumero

OMAISHOITAJAN YHTEYSTIEDOT	Asiakkaan omaisen / asioita hoitavan yhteystiedot:
	Nimi ja henkilötunnus:
	Puhelinnumerot:
	Lähiosoite:
	Tilinumero:

ASIAKKAAN VOIMAVARAT	Mistä päivittäisistä toiminnoista asiakas selviytyy itse.
TOIMINTAKYKY	Sisällä liikkuminen <input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Apuvälineen avulla <input type="checkbox"/> Avustettuna
	Ulkona liikkumisessa <input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Apuvälineen avulla <input type="checkbox"/> Avustettuna
	Kaatumiset <input type="checkbox"/> Ei kaatunut <input type="checkbox"/> Kerran <input type="checkbox"/> Useasti
	Pukeutuminen / riisuminen <input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Avustettava
	Hygienian hoito <input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Avustettava
	Kudoseheys <input type="checkbox"/> Kunnossa <input type="checkbox"/> Ongelmia, mitä _____

Ravitsemus
<input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Avustettava <input type="checkbox"/> Syötettävä
Wc-toiminnot
<input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Avustettuna <input type="checkbox"/> Vaipat
Näkö
<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Heikko <input type="checkbox"/> Sokea
Kuulo
<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Alentunut <input type="checkbox"/> Kuuro / Kuulolaite
Puhe
<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Epäselvää <input type="checkbox"/> Afasia
Muisti
<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Alentunut <input type="checkbox"/> Muistamaton
Mieliala
<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Vaihteleva <input type="checkbox"/> Masentunut
Lääkehoito
<input type="checkbox"/> Itse <input type="checkbox"/> Autettava <input type="checkbox"/> Valvottuna
Päihteet
<input type="checkbox"/> Ei käytä <input type="checkbox"/> Satunnaisesti <input type="checkbox"/> Usein
Tupakointi
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Nukkuminen
<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Katkonainen <input type="checkbox"/> Unettomuus
Minkälaista apua asiakas tarvitsee öisin ja kuinka usein?
Muu avun tarve
Tuleeko asiakas yksin toimeen päiväaikaan
<input type="checkbox"/> kaksi tuntia <input type="checkbox"/> kuusi tuntia <input type="checkbox"/> yhdeksän tuntia <input type="checkbox"/> 12 tuntia





JATKOHOIDON JÄRJESTELYT	Hoitajan nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
	Hoitajan suhde asiakkaaseen <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> naapuri <input type="checkbox"/> muu; kuka	
	Hoitaja on ansiotyössä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä                      Työ on <input type="checkbox"/> kokopäivätyötä <input type="checkbox"/> osapäivätyötä	
	Hoitajan ammatti ja työpaikka	Puhelinnumero työhön
	Onko hoitaja joutunut jäämään pois työstä hoitamaan asiakasta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
	Hoitaja asuu <input type="checkbox"/> yhdessä asiakkaan kanssa <input type="checkbox"/> samassa talossa kuin asiakas <input type="checkbox"/> erillään	
	Hoitaako hoitaja samanaikaisesti useampaa hoidettavaa <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
	Vaikuttavatko mahdolliset hoitajan sairaudet hoitotyöhön? Miten? Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto.	
KOTIIN ANNETTAVAT PALVELUT	<b>TUKIPALVELUT</b>	
	<input type="checkbox"/> Päiväosasto <input type="checkbox"/> Turvapuhelin <input type="checkbox"/> Ateriapalvelut <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
	<b>KOTIHOIDON PALVELUT</b>	
OMAISHOITAJAN VAPAAPÄIVÄ- JÄRJESTELYT	<input type="checkbox"/> Kotipalvelu <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoido	
	<input type="checkbox"/> Omaisten kesken <input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoitona palveluasumisyksiköissä <input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoitona terveyskeskuksessa <input type="checkbox"/> Yksityisen palveluntuottajan apu kotiin palvelusetelin tuella	
Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi	Paikka ja päivämäärä	
Asiakkaan allekirjoitus	Hoitajan allekirjoitus	

ALLEKIRJOITUKSET

Hakemus palautetaan kotihoidon palveluohjaajille;

Leppävirran kunta, kotihoito / Palveluohjaajat  
Savonkatu 39, 79100 Leppävirta

Hakemus saapunut kotihoitotoimistoon	Pvm.	
Kotihoidon kotikäynti tehty	Työntekijä	Pvm.
Lääkärinlausunto	Lääkäri	Pvm.
Hakemus käsitelty	Päättäjä	Pvm.

18.04.2018