



JÄRVENPÄÄ

Omaishoidontukihakemus

Järvenpään kaupunki
Ikääntyneiden ja toimintarajoitteisten palvelualue
Omaishoito
Myllytie 11 A, 04410 Järvenpää
Puh. 09 - 27191
www.jarvenpaa.fi

Hakemus palautetaan ohessa olevaan osoitteeseen.

Hoitajan henkilötiedot

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Puhelin koti	Puhelin työ	Hoitaja on sukulainen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Kyllä, mikä <input type="text"/>

Hoidettavan henkilötiedot

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Puhelin koti	Perhesuhteet	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Hoidettavan vamma tai sairaus

Hoidettavan päivittäinen hoidon tarve

Kuinka paljon ja kuinka usein on autettava päivittäisissä toiminnoissa?

Kuinka kauan hoidettava voi olla yhtäjaksoisesti ilman hoitajaa päiväaikana?

Kuinka kauan hoidettava voi olla yhtäjaksoisesti ilman hoitajaa yöaikana?

Hoidettavan hoidon tarve yöllä

Onko hoitaja jäänyt pois ansiotyöstä hoitaakseen hoidettavaa?

Kyllä Ei

Onko hoidettava päivisin kodin ulkopuolella hoidossa/päivätoiminnassa?

Kyllä Ei

Tiedot hoidon tai hoivan tarpeesta Suoriutuu itsenäisestiLiikkuminen ja siihen tarvittavat apuvälineet Kyllä Ei

Mitä apua tarvitsee?

Ravitsemuksenhoito Kyllä Ei

Mitä apua tarvitsee?

Wc käynnit Kyllä Ei

Mitä apua tarvitsee?

Henkilökohtainen hygienia (hampaiden pesu, parranajo, peseytyminen) Kyllä Ei

Mitä apua tarvitsee?

Pukeutuminen/riisuuntuminen Kyllä Ei

Mitä apua tarvitsee?

Lääkitys Kyllä Ei

Mitä apua tarvitsee?

Näkö, kuulo, puhe, muisti**Muuta huomioitavaa****Muut palvelut ja tuet****Saako hoidettava KELA:lta hoitotukea? Jos saa, mikä on tuen määrä?****Käyttääkö hoidettava sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita? Mitä?****Liitteet:** C-lääkärintodistus tai vastaava**Lisätietoja**

Vakuutan edellä antamani tiedot oikeiksi ja hyväksyn tässä mainitun hoitajan hoitajakseni. Samalla suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.

Päivämäärä**Hoidettavan allekirjoitus**

Vakuutan edellä antamani tiedot oikeiksi. Samalla suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.

Päivämäärä**Hoitajan allekirjoitus**