Saapumispäivä . . 20

**OMAISHOIDON TUKIHAKEMUS**Hakijaa pyydetään vastaamaan kaikkiin kysymyksiin huolella.

**Hakijan henkilötiedot (hoitaja)**

Nimi Henkilötunnus

Osoite Postitoimipaikka

Hoitajan ammatti/työpaikka Puhelin (koti/työ)

Sukulaisuussuhde hoidettavaan ei kyllä (mikä)

Hoitajan pankkitili

**Hoidettavan henkilötiedot**

Nimi Henkilötunnus

Osoite Postitoimipaikka

Puhelin

**Hoidettavan perhesuhteet**

naimisissa  naimaton  leski  eronnut  avoliitossa

**Hoidettavan lähiomainen (jos muu kuin hoitaja)**

Nimi Puhelin

Osoite

**Hoidettavan asuminen**

omakotitalo  rivitalo  muu; mikä

yksin  muiden kanssa (kenen)

**Hoidettavan tuen tarve hoitajalta**

tuntia päivässä ja päivää viikossa

Mihin vuorokauden aikaan hoitoa/tukea yleensä tarvitaan

**Hoitajan arvio hoidettavan hoitoisuudesta asteikolla 1-10** (1=helppo, 10=erittäin raskas)  
Ympyröi oikea luku.

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Hoidettavan saama muu kuin hoitajan antama apu**

kotihoito; x päivä/viikko/kuukausi  
 kotihoidon sairaanhoitaja; x päivä/viikko/kuukausi  
 kylvetysapu  palvelupäivä  turvapuhelin  ateriapalvelu  
 lyhytaikainen lomajakso (tilapäinen hoito)  
 muu, mikä

**Hoidettavan avun tarve**

**Näkö:** normaali heikko sokea

**Kuulo:** normaali alentunut kuuro

**Puhe:** normaali epäselvä afasia

**Liikkuminen:** normaali epävarma talutettava kaatuileva

teline pyörätuoli nostettava pyörätuoliin

vuodepotilas

**Wc:ssä käynti:** itsenäisesti avustettuna vaipat katetri

**Syöminen:** itsenäisesti autettava syötettävä

**Lääke:** itsenäisesti autettava valvottava

**Pukeutuminen:** itsenäisesti autettava

**Peseytyminen:** itsenäisesti autettava

**Muisti:** normaali alentunut muistamaton

**Mieliala:** normaali masentunut sekava harhaileva

**Hoidettavalle maksettava Kelan hoitotuki**

ei saa  saa  vireillä

**Edellä olevat tiedot vakuutan arvioni ja tietojeni perusteella oikeiksi**

/ 20

Hoidettavan allekirjoitus Hoitajan allekirjoitus  
(molempien allekirjoitus, mikäli hoidettava pystyy kirjoittamaan)  
Omaishoidon tuesta annetun lain 3§ 1 momentin edellytysten varmistamiseksi Mehiläinen tarkistaa potilastietojärjestelmästä, että hoidettava henkilö tarvitsee alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai jonkun muun vastaavanlaisen syyn vuoksi kotioloissa hoitoa tai muuta huolenpitoa.

**Hakemus palautetaan osoitteella: Siikalatvan kunta / omaishoidontuki, Savonojantie 2, 92600 Pulkkila**