

Hakemus ikääntyneiden palveluihin

Hakemuksen saapumispäivä: _____

 KotihoitoTukipalvelut: Ateriapalvelu Kylvytys Turvapuhelin Kauppa- ja asiointipalvelu Päivätoiminta Tavallinen ja tehostettu palveluasuminen / vanhainkoti Perhehoito Muu palvelu, mikä (?) _____

Omaishoidon tukea ja kuljetuspalvelua haetaan omalla erillisellä lomakkeella!

Hakijan tiedot	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
	Osoite	Puhelinnumero	
	Sotaveteraani <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Sotainvalidi <input type="checkbox"/> Kyllä _____ % <input type="checkbox"/> Ei	Kotikunta
	Siviilisäätty <input type="checkbox"/> Avioliitto <input type="checkbox"/> Avoliitto <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski		
Omais-/ yhteys- henkilön tiedot	Sukunimi ja etunimi	Puhelinnumero Kotiin: _____ Työhön: _____	
	Osoite		
	<input type="checkbox"/> Edunvalvoja		

Keneen otetaan yhteyttä hakemukseen liittyen? _____

Nimi ja puhelinnumero

Tilanne hakuhetkellä

Asuminen	<input type="checkbox"/> Asun yksin <input type="checkbox"/> Asun puolison / jonkun muun kanssa, kenen?
	<input type="checkbox"/> Kerrostalossa <input type="checkbox"/> Rivitalossa <input type="checkbox"/> Omakotitalossa <input type="checkbox"/> Palveluasunnossa
	Jos asutte puolison kanssa, hakeeko myös hän palveluja? <input type="checkbox"/> Kyllä (hänen tulee täyttää oma hakemus) <input type="checkbox"/> Ei
	Lisätietoja asumisesta ja asunnosta: Onko asunnossanne asioita, jotka vaikeuttavat liikkumista ja toimintaa (esim portaita, puulämmitys, pesutilat, hissittömyys)?

Terveys ja toimintakyky/ muisti	Lyhyt kuvaus hakijan terveydentilasta ja sairauksista:
Ulkopuolelta saatu apu	<p>Käykö teillä kunnallinen kotihoito? <input type="checkbox"/> Kyllä, alkaen _____ Käyntien lukumäärä: _____ <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Käykö teillä yksityinen kotihoito? <input type="checkbox"/> Kyllä, alkaen _____ Käyntien lukumäärä: _____ <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Käyttökö päivätoiminnassa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Onko käytössänne turvapuhelin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Oletteko apteekin annosjakelun piirissä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Oletteko ollut intervallihoidojaksolla? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Mitä apuja tarvitsette toiselta ihmiseltä ja kuka / ketkä auttavat?</p>
Etuudet / palvelut	<p>Saatteko omaishoidontukea? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En</p> <p>Saatteko Kelan hoitotukea? <input type="checkbox"/> Kyllä _____ euroa. <input type="checkbox"/> En</p> <p>Onko teille myönnetty kuljetuspalvelu? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Muut etuudet ja palvelut (vammaispalvelu?, kuntoutus?)</p>
Ravinto	<p>Onko teille myönnetty ateriapalvelua? <input type="checkbox"/> Kyllä, montako aterialla / viikko? _____ <input type="checkbox"/> Ei</p> <p><input type="checkbox"/> Kotiin kuljetettu aterialla <input type="checkbox"/> Yksityinen <input type="checkbox"/> Menumat</p>
Hoitojaksot	Oletteko ollut viimeisen vuoden aikana hoidossa sairaalassa tai terveystieteiden keskuksessa? (missä, hoitojaksot)

Arjen sujuminen hakuhetkellä

Toiminnoista huolehtii

	Toiminto	Itse/ei avun tarvetta	Omainen	Kotihoito	Yksityi- nen	Muu, kuka/mikä?
Henkilö- kohtainen hygienia	Pukeutuminen/ riisuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suun hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ihon hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vuoteen petaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WC-käynti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikkuminen	Kuljetukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liikkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ulkoilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ateriat	Aamupala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lounas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Päivällinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Iltapala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ruoan lämmitys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaatteet	Vaatehuolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siivous	Siivous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkehuolto	Reseptien uusiminen/ap- teekkiasiointit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lääkkeiden anto/ oton seuranta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muu avuntarve	
--------------------------	--

Käytössä olevat apuvälineet

- Rollaattori Keppi Pyörätuoli
- Muu, mikä: _____

Liikkumisessa muuta huomioitavaa**Hakemuksessa muuta huomioitavaa**

Paikka ja aika

Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus

Nimenselvennys

Palautettaessa lomake täytettynä Kansalaisen asiointitilin kautta suojatussa yhteydessä riittää pelkkä nimenselvennys.

Suostun

tietojen hankkimiseen terveys- ja sosiaalialan tietojärjestelmistä, sekä tarvittaessa muilta minua hoitavilta tahoilta. Hakemus käsitellään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista muodostuvassa ikääntyneiden palveluiden työryhmässä.

Lomakkeen palautus

Lomake palautetaan joko asiointitilin suojatun sähköpostiyhteyden kautta henkilötunnus(a)asiointitili.fi tai postitse osoitteeseen:

Lohjan kaupunki
Ikääntyneiden palvelualue / Palveluohjaus
"Hakemus"
Ojamonkatu 34
08100 LOHJA

Viranomaisen täyttää

Käsittelyn alkamispäivä: _____ Käsittelyn päättymispäivä: _____

RAVA _____

MMSE _____