



MARTTILAN KUNTA
Sosiaalipalvelujohtaja
Härkätie 773, 21490 MARTTILA
Puh. 044 0845 392

OMAISHOIDON TUKIHAKEMUS

HOIDETTAVA

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin

EHDOTUS HOITAJAKSI

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
Osoite		
Hoitajan pankkitilin numero		
Puhelin kotiin	Puhelin työhön	Ammatti
Ansio työ:	<input type="checkbox"/> Vakituinen työ	<input type="checkbox"/> Tilapäinen työ
	<input type="checkbox"/> Kokopäivätyö	<input type="checkbox"/> Osapäivätyö
Sukulaisuussuhde hoidettavaan:		

LÄHIOMAINEN, JOS MUU KUIN HOITAJA

Nimi	Osoite
Puh. koti	Puh. työ

HOIDETTAVAN ASUMINEN

() kerrostalo () omakotitalo () rivitalo

() muu, mikä _____

Asunnon koko ja varustetaso

_____ h + k/kk () WC () kylpyhuone/sauna () vesijohto () sähköt

() keskuslämmitys () puulämmitys () sähkölämmitys () hissi

() asuu yksin () asuu jonkun kanssa, kenen _____

Matka keskustaan _____ km Liikenneyhteydet _____

HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY

- liikkuu** itsenäisesti keppi/sauvat pyörätuoli
 kävelyteline/rollaattori taluttajan kanssa vuodepotilas
 syö itsenäisesti avustettuna apuvälineillä syötettävä
 peseytyy itsenäisesti avustettuna täysin autettava
 pukeutuu itsenäisesti avustettuna täysin autettava

Näkö hyvä näkee lasien kanssa heikko sokea

Kuulo hyvä kuulolaite heikko kuuro

WC:ssä käynti

- itsenäisesti avustettuna portatiivi alusastia
 vaipat kastelee tuhrii ulosteella

PSYKKINEN TOIMINTAKYKY

- hyvä muisti heikentynyt muistamaton
 sekava aggressiivinen psyykkisesti sairas

HOIDETTAVAN TUEN TARVE

_____ tuntia päivässä _____ päivää viikossa

HOITAJAN ANTAMAN AVUN LISÄKSI TÄLLÄ HETKELLÄ ANNETTAVAT MUUT PALVELUT

- kotisairaanhoido _____ x päivä/viikko/kuukausi kotipalvelu _____ x päivä/viikko
 ateriapalvelu _____ x viikko saunapalvelu turvapuhelin
 muu, mikä _____

Voiko hoidettava olla määräjän ilman toisen henkilön apua tai valvontaa

ei kyllä enintään _____ tuntia/vrk

HOIDETTAVALLE MAKSETTAVA KELAN HOITOTUKI

- ei saa saa _____ €/kk, mistä alkaen _____ on haettu
 vähintään 20 % sotainvalidi

Edellä olevat tiedot vakuutan arvioni ja tietojeni perusteella oikeiksi

_____ / _____ 20 _____
päiväys hoidettavan allekirjoitus hoitajan allekirjoitus

Liitteet : Lääkärintodistus