



Hakemus asumispalveluyksiköihin

SAAPUMISPÄIVÄMÄÄRÄ

PÄÄTÖSPÄIVÄMÄÄRÄ

Henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
	Kotikuntalain mukainen kotipaikka	Äidinkieli
	Nykyinen osoite	Puhelinnumero
	Avoliitossa <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> vuosi:	
	Puolison nimi	Henkilötunnus
	Lapset (lukumäärä)	
	Lähiomainen / Huoltaja / Edunvalvoja, jolle vastaus hakemuksesta lähetetään Nimi, osoite ja puhelinnumero	
Hoitoneuvottelu	Pvm	Kopio liitteenä
Ensisijaisesti haettava paikka	<input type="checkbox"/> Palveluasuminen <input type="checkbox"/> Tehostettu palveluasuminen <input type="checkbox"/> Muistisairaana tehostettu palveluasuminen <input type="checkbox"/> Tuettu asuminen <input type="checkbox"/> Perhehoito <input type="checkbox"/> Jatkuva <input type="checkbox"/> Lyhytaikainen	
Toimintakyky arvio	Toimintakyky arvio tehty (esim. ft, tt, muistihoitaja ym.) (kopio liitteenä) <input type="checkbox"/> kyllä pvm	
Lääkärin perusteellinen arvio tehty	<input type="checkbox"/> Kyllä (kopio liitteenä)	
Nykytilanne	Asuu yksin <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Kenen kanssa? _____ Hoitoyksikössä <input type="checkbox"/> Missä? _____ Omaishoito <input type="checkbox"/> Kuka? _____	
Asuinympäristö	<input type="checkbox"/> Kerrostalo Hissi <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Omakotitalo / Rivitalo Portaat <input type="checkbox"/> ulko <input type="checkbox"/> sisä Ovatko asumisen kannalta tärkeät toiminnot samassa kerroksessa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Peseytymisolosuhteet <input type="checkbox"/> ulko <input type="checkbox"/> sisä Pitkät välimatkat yms:	
Kodin olosuhteet	Tehdyt muutostyöt:	



Nykyiset palvelut	<input type="checkbox"/> Kotihoito	Kuinka usein?	krt/pvä	h/vko		
	<input type="checkbox"/> Kotisairaanhoido	Kuinka usein?				
	Tukipalvelut					
	<input type="checkbox"/> Ateriapalvelu	<input type="checkbox"/> Saunapalvelu	<input type="checkbox"/> Vaatehuolto	<input type="checkbox"/> Turvapuhelin		
	<input type="checkbox"/> Kauppapalvelu	<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/> Palveluseteli			
	<input type="checkbox"/> Päivätoiminta, missä, kuinka usein?					
	<input type="checkbox"/> Lyhytaikainen hoito, missä, kuinka usein?					
	<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja					
	Muu apu (esim. sukulaiset, ystävät, srk)					
Fyysinen tila * Pakollinen tieto	RaVa*	pvm	IADL	pvm	ADL	pvm
Muisti ja mieliala * Pakollinen tieto	MMSE*	pvm	Cerad	pvm		
	Kellotesti	pvm	GDS-15	pvm		
Huomioitavat sairaudet	Näkö <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Heikko <input type="checkbox"/> Sokea					
	Kuulo <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Heikko <input type="checkbox"/> Kuuro					
	Puhe <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Epäselvä <input type="checkbox"/> Afasia					
	<input type="checkbox"/> Muistisairaus <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Vaikeat sydän- ja verisuonisairaudet					
	<input type="checkbox"/> Aivoinfarkti <input type="checkbox"/> Vaikeat tuki- ja liikuntaelinsairaudet <input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus					
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä:					
Päivittäiset toiminnot	Liikkuu					
	<input type="checkbox"/> itsenäisesti					
	<input type="checkbox"/> tarvitsee apua Missä? _____					
	<input type="checkbox"/> avustettava					
	Siirtyminen:					
	<input type="checkbox"/> itsenäisesti					
	<input type="checkbox"/> tarvitsee apua Missä? _____					
	tarvitsee siirroissa hoitajan avun (kpl)					
	Apuvälineet:					
	<input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> keppi <input type="checkbox"/> kelkka <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> nosturi					
	<input type="checkbox"/> muu, mikä?					
	<input type="checkbox"/> hyötyisi, mutta ei osaa / pysty käyttämään					
	Syö					
	<input type="checkbox"/> itse <input type="checkbox"/> tarvitsee apua <input type="checkbox"/> täysin autettava					
	<input type="checkbox"/> peg-letku <input type="checkbox"/> ravintolisä <input type="checkbox"/> nielemisongelma					
	Peseytyy					
	<input type="checkbox"/> itse <input type="checkbox"/> tarvitsee apua <input type="checkbox"/> täysin autettava					
	Pukeutuu					
	<input type="checkbox"/> itse <input type="checkbox"/> tarvitsee apua <input type="checkbox"/> täysin autettava					

