



HAKEMUS LYHYTAIKAISHOITTOON

HENKILÖTIEDOT					
Suku- ja etunimet	Henkilötunnus				
Osoite	Puhelin				
Puolison nimi					
Omainen / asioita hoitava hlö.	Osoite ja puhelin				
ASUMINEN					
Puolison kanssa	<input type="checkbox"/>	Omakotitalo	<input type="checkbox"/>		
Yksin	<input type="checkbox"/>	Rivitalo	<input type="checkbox"/>		
Omaisensa kanssa/luona	<input type="checkbox"/>	Kerrostalo	<input type="checkbox"/>		
		Paritalo	<input type="checkbox"/>		
		Hissi	<input type="checkbox"/>		
Lisätietoja asumisesta: _____					
NYKYISET KOTIHOITOPALVELUT					
Kotihoito	<input type="checkbox"/>	kertaa pv / vk	Turvapuhelin	<input type="checkbox"/>	
Omainen	<input type="checkbox"/>	kertaa pv / vk	Ovihälytin	<input type="checkbox"/>	
Ateriapalvelu	<input type="checkbox"/>	kertaa pv / vk	GPS kello	<input type="checkbox"/>	
Muu läheisen apu _____					
Omaishoidon tuki	<input type="checkbox"/>	Kyllä	<input type="checkbox"/>	Ei	
PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA SELVIYTYMINEN					
LIKKUMINEN		SYÖMINEN		PESEYTYMINEN	
Itsenäinen	<input type="checkbox"/>	Itsenäinen	<input type="checkbox"/>	Itsenäinen	<input type="checkbox"/>
Apuvälineen avulla	<input type="checkbox"/>	Autettava/valvottava	<input type="checkbox"/>	Autettava/valvottava	<input type="checkbox"/>
Pyörätuolilla	<input type="checkbox"/>	Syötettävä	<input type="checkbox"/>		
Autettava	<input type="checkbox"/>	Eriyisruokavalio	<input type="checkbox"/>	Mikä:	
PUKEUTUMINEN		PSYKKINEN TILA / MUISTI		WC-ASIOINTI	
Itsenäinen	<input type="checkbox"/>	Asiallinen	<input type="checkbox"/>	Itsenäinen	<input type="checkbox"/>
Autettava/valvottava	<input type="checkbox"/>	Sekava	<input type="checkbox"/>	Aautettava	<input type="checkbox"/>
		Agressiivinen	<input type="checkbox"/>	Vaipat	<input type="checkbox"/>
		Muistihäiriö diagnoosi	<input type="checkbox"/>		
		Muisti heikentynyt	<input type="checkbox"/>		
		MMSE-arviointi	<input type="checkbox"/>	Kyllä	<input type="checkbox"/>
				Ei	

LYHYTAIKAISHOIDON TARVE

Satunnainen, väliaikainen tarve

Säännöllinen tarve

SAIRAUDET**TOIMINTAKYKY****LISÄTIETOJA****ALLEKIRJOITUS**

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Palautusosoite;
PALVELUKESKUS HOPEARINNE
Palveluohjaaja
Sairaalantie 5
62100 Lapua