



Tutustukaa ystävällisesti vanhusasumispalvelupaikan perusteisiin

Hakemus tullut ___ / ___ 20__

Hakija	Sukunimi ja etunimet (kutsumanimi alleviivattava)			
	Henkilötunnus		Kotikunta	
	Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka		Puhelin	
Lähiomainen / yhteyshenkilö	Sukunimi ja etunimi			
	Sukulaisuussuhde			
	Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka		Puhelin	
Hoitopaikkaa haetaan	Tallmon palvelukeskus	Marielund	Solrosen	Solängen
	Gullvivan	Kastusgården	Ei väliä	
Miksi asumispaikkaa haetaan				
Taustatiedot	Sairaudet, jotka eniten vaikeuttavat selviytymistä päivittäisessä elämässä			
Mitä apua / mitä apuvälineitä tarvitsette tällä hetkellä näissä tehtävissä	Liikkuminen			
	Pukeutuminen			
	Peseytyminen			
	Wc-käynnit			
	Syöminen			
	Kotitaloustyöt			
	Lääkkeet			
	Kauppa- ja pankkiasiat			
	Edunvalvonta			

Muisti	normaali	heikentynyt	ei muistia	
	MMSE _____ / _____ 20 _____			
Näkö	normaali	heikentynyt	sokea	
Kuulo	normaali	huono	kuuro	
Puhe	normaali	epäselvä	afasia	
Avuntarve öisin				
Kuinka kauan selviätte ilman toisen henkilön				
Nykyinen palvelu / kuinka usein	Kotipalvelu			
	Kotisairaanhoito			
	Intervallihoito			
	Ateriapalvelu			
	Turvapuhelin			
Kelan hoitotuki	ei	alin	korotettu	erityistuki
Omaishoidon tuki	kyllä			
Hakija asuu muussa kunnassa, missä				
Asuu palveluasunnossa, missä				

Asumisohjaaja arvioi oikean hoitotason hakijan hoidontarpeen perusteella. Asiakkaan omat toivomukset otetaan huomioon niin pitkälle kuin mahdollista.

Yllä olevaan viitaten haen asumispaikkaa. Hyväksyn, että asumisohjaaja tarvittaessa pyytää täydentäviä tietoja hoidontarpeestani terveyskeskuksesta, sairaalasta tai muusta tietolähteestä.

Paikka ja päivämäärä _____, ____/____ 20____ Allekirjoitus _____

Tietoja ei anneta ulkopuoliselle. Jos hakemuksen allekirjoittaa joku muu kuin hakija, pitää syy tähän ilmoittaa.

Hakemus palautetaan osoitteeseen

Oravaisten hallintotalo
Asumisohjaaja Annika Kvist-Östman
Öurintie 31, 66800 Oravainen