



Yhteystiedot / hakemus lähetetään:

PARAISTEN KAUPUNKI
Vanhustenhuolto
Bettina Aaltonen
Vapparantie 15 A, 21600 Parainen
bettina.aaltonen(et)pargas.fi
puh 040 4885560

HAKEMUS

PALVELUASUNTO
TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN
PÄIVÄHOITO/-TOIMINTA
YKSIKKÖTOIVE _____

HAKIJA TÄYTTÄÄ

Hakemus jätetty / 20 _____

Hakijan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
	Arvo tai ammatti (ent.)	Siviilisääty <input type="checkbox"/> Naimisissa <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/>	
	Syntymäpaikka		Kotikuntalain mukainen kotipaikka
	Väestörekisteri (seurakunta / väestörekisteri.)		
	Nykyinen osoite		Puhelinnumero
	Puoliso, nimi		Henkilötunnus
	Lähiomaiset / edunvalvoja, nimi, osoite, puhelinnumero		
Asuminen	<input type="checkbox"/> Omakotitalo		<input type="checkbox"/> Asuu puolison / omaisten / tuttavien luona, kenen
	<input type="checkbox"/> Kerrostalo		<input type="checkbox"/> Asuu yksin
	<input type="checkbox"/> Rivitalo		
	<input type="checkbox"/> hissi kyllä _____ ei _____		
<input type="checkbox"/> Keskuslämmitys		<input type="checkbox"/> WC sisällä	
<input type="checkbox"/> Puulämmitys		<input type="checkbox"/> Suihku	
<input type="checkbox"/> Vesijohto			
<input type="checkbox"/> Viemäri			
<input type="checkbox"/> Lämmin vesi			
Lisätietoja asumisesta			
Terveydentila			

PALVELUMUODOT

Omaisten tai hoitajan työpanos			
Kotipalvelu	<input type="checkbox"/> säännöllinen _____ krt/	<input type="checkbox"/> tilapäinen	

Tukipalvelu	<input type="checkbox"/> ateriapalvelu <input type="checkbox"/> kylvetyspalvelu <input type="checkbox"/> vaatehuolto	<input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> turvallisuuspalvelu <input type="checkbox"/> muu _____
Muu avohoito	<input type="checkbox"/> päivähoito / toiminta <input type="checkbox"/> henkilökohtainen avustaja <input type="checkbox"/> jaksoittainen laitoshoido	<input type="checkbox"/> _____

TOIMINTAKYKY

Liikuntakyky	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> käyttää apuvälineitä, mitä? _____	<input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> liikuntarajoitteinen
Aistit	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 <input type="checkbox"/> käyttää kuulokojetta	
Henkinen tila	<input type="checkbox"/> asiallinen, rauhallinen <input type="checkbox"/> sekava, levoton	<input type="checkbox"/> muistamattomuutta <input type="checkbox"/> muuta _____

HOIDON TARVE

Päivittäiset toiminnot		itsenäinen	tarvitsee vähän apua	tarvitsee apua
Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pukeutuminen	<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"/>
WC -käynnit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virtsan ja ulosteen pidätyskyky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> ajoittain puutteellinen	<input type="checkbox"/> puutteellinen
Lisätietoja				
Syy palveluasunnon tarpeelle				
Päätös lähetetään: Nimi: Osoite: Postinumero- ja paikka: Puh.nro:				

Suostumus tietojen antamiseen	Suostumme siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset voivat antaa toisilleen asiakkuuteen liittyviä tarpeellisia tietoja. <input type="checkbox"/> KYLLÄ <input type="checkbox"/> EI
Päivämäärä ja hakijan tai edunvalvojan allekirjoitus	_____ 20____