



saapumispäivämäärä ____/____20____

HOIDETTAVAN HENKILÖN TIEDOT	Nimi		Henkilötunnus						
	Lähiosoite		Postinumero ja -toimipaikka						
HOITAJAN HENKILÖTIEDOT JA TERVEYDENTILA	Nimi		Henkilötunnus						
	Lähiosoite		Postinumero ja postitoimipaikka						
	Puhelin		Sähköposti						
			Tilinumero						
	Sukulaisuus/suhde hoidettavaan								
	Onko hoitaja	<input type="checkbox"/>	työssä	<input type="checkbox"/>	työtön	<input type="checkbox"/>	eläkeläinen	<input type="checkbox"/>	opiskelija
	Tiedot työpaikasta	<input type="checkbox"/>	kokopäivätyö	<input type="checkbox"/>	osa-aikatyö				
	Vaikuttaako hoitajan oma terveys hoitotyöhön	<input type="checkbox"/>	ei	<input type="checkbox"/>	kyllä				
	Jos vaikuttaa, miten?								
	HOIDETTAVAN HOIDON JA AVUN TARVE	Hoidon tarvetta aiheuttavat sairaudet							
Henkilökohtaisen avun tarve (merkitse alla olevaan taulukkoon)									
Henkilökohtainen hygienia		<input type="checkbox"/>	omatoiminen	<input type="checkbox"/>	jonkin verran	<input type="checkbox"/>	paljon	<input type="checkbox"/>	täysin autettava
Ravitseminen		<input type="checkbox"/>	omatoiminen	<input type="checkbox"/>	jonkin verran	<input type="checkbox"/>	paljon	<input type="checkbox"/>	täysin autettava
Liikkuminen		<input type="checkbox"/>	omatoiminen	<input type="checkbox"/>	jonkin verran	<input type="checkbox"/>	paljon	<input type="checkbox"/>	täysin autettava
Lääkityksestä huolehtiminen		<input type="checkbox"/>	omatoiminen	<input type="checkbox"/>	jonkin verran	<input type="checkbox"/>	paljon	<input type="checkbox"/>	täysin autettava
Pukeutuminen		<input type="checkbox"/>	omatoiminen	<input type="checkbox"/>	jonkin verran	<input type="checkbox"/>	paljon	<input type="checkbox"/>	täysin autettava
WC-toiminnot		<input type="checkbox"/>	omatoiminen	<input type="checkbox"/>	jonkin verran	<input type="checkbox"/>	paljon	<input type="checkbox"/>	täysin autettava
Muistiin liittyvät asiat		<input type="checkbox"/>	omatoiminen	<input type="checkbox"/>	jonkin verran	<input type="checkbox"/>	paljon	<input type="checkbox"/>	täysin autettava
Mielialaan liittyvät asiat	<input type="checkbox"/>	omatoiminen	<input type="checkbox"/>	jonkin verran	<input type="checkbox"/>	paljon	<input type="checkbox"/>	täysin autettava	
HOIDETTAVAN AVUN JA VALVONNAN TARVE	Avuntarve yöaikaan			Voi olla yksin päiväaikaan					
	<input type="checkbox"/>	ei tarvitse apua		<input type="checkbox"/>	koko päivän				
	<input type="checkbox"/>	tarvitsee apua joskus		<input type="checkbox"/>	5–8 tuntia				
	<input type="checkbox"/>	tarvitsee apua joka yö		kertaa	<input type="checkbox"/>	1 – 4 tuntia			
				<input type="checkbox"/>	ei voi jättää yksin				
HOITAJAN ANTAMA APU	<input type="checkbox"/>	ympäri vuorokaudista	<input type="checkbox"/>	päivittäistä	<input type="checkbox"/>	harvemmin kuin kerran päivässä			

MUUT KÄYTÖSSÄ OLEVAT PALVELUT	
KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET	
MUU TUKI	Kelan maksama hoito-/vammainen tuki <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> hakemus vireillä
LISÄTIETOJA	Oletteko hakeneet omaishoidontukea aikaisemmin? <input type="checkbox"/> kyllä vuonna _____ <input type="checkbox"/> en ole hakenut
HOIDETTAVAN SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että Keski-Suomen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät saavat käsitellä tarvittavia/syntyviä terveystietojani vain hoitosuhteessa tai työtehtävien hoitamiseksi. Tietojani voidaan käsitellä vain siinä laajuudessa kuin työtehtävät edellyttävät. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) §14-20. Päivämäärä ja allekirjoitus / 20
HOITAJAN ALLEKIRJOITUS	Päivämäärä ja allekirjoitus ___ / ___ 20___ _____ Hoitajan allekirjoitus ja nimen selvennys
Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaiseen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Tuki on harkinnan varainen etuus ja sitä myönnetään määrärahojen puitteissa. Laki omaishoidon tuesta 937/2005.	
PALAUTUS	Ohjeet hakemuksen palautukseen seuraavalla sivulla.

Palauta hakemus osoitteeseen:

Keski-Suomen hyvinvointialue / Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus / omaishoito
oman kuntasi osoitetiedot

HANKASALMI: Pelloskuja 3, 41340 Laukaa

JOUTSA: Ohjelmakaari 10, 40500 Jyväskylä

JYVÄSKYLÄ: Ohjelmakaari 10, 40500 Jyväskylä

JÄMSÄ: Kelhänkatu 3, 42100 Jämsä

KANNONKOSKI: Sivulantie 11, 43100 Saarijärvi

KARSTULA: Virastotie 4, 43500 Karstula

KEURUU: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

KINNULA: Virastotie 4, 43500 Karstula

KIVIJÄRVI: Virastotie 4, 43500 Karstula

KONNEVESI: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

KORPILAHTI: Virastotie 10, 40950 Muurame

KYYJÄRVI: Virastotie 4, 43500 Karstula

LAUKAA: Pelloskuja 3, 41340 Laukaa

LUHANKA: Kelhänkatu 3, 42100 Jämsä

MULTIA: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

MUURAME: Virastotie 10, 40950 Muurame

PETÄJÄVESI: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

PIHTIPUDAS: Kisatie 1, 44800 Pihtipudas

SAARIJÄRVI: Sivulantie 11, 43100 Saarijärvi

SÄYNÄTSALO: Virastotie 10, 40950 Muurame

TOIVAKKA: Ohjelmakaari 10, 40500 Jyväskylä

UURAINEN: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

VIITASAARI: Kisatie 1, 44800 Pihtipudas

ÄÄNEKOSKI: Hämeentie 1, 44100 Äänekoski