

Hakemus saapunut <input type="checkbox"/> uusi hakemus <input type="checkbox"/> omaishoidon tuen tarkistus	
pvm:	
HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT	Nimi: _____ Henkilötunnus: _____
	Ammatti: _____ Puhelin: _____
	Osoite: _____ Postinumero ja postitoimipaikka _____
HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT	Nimi: _____ Henkilötunnus: _____
	Ammatti: _____ Puhelin: _____
	Hoitaja on: <input type="checkbox"/> kokopv.työssä <input type="checkbox"/> osapv.työssä <input type="checkbox"/> ei töissä
	Hoitaja on: _____ avio/avopuoliso _____ äiti/isä _____ tytär/poika _____ muu,mikä _____
	Alle 18 v huollettavien lasten lukumäärä: _____
HOITAJAN TERVEYDENTILA JA JAKSAMINEN	
VAMMAN TAI SAI- RAUDEN AIHEUT- TAMAT MUUTOK- SET HOIDETTA- VAN TOIMINTA- KYVYSSÄ JA TARVITTAVA HOITO JA APU	

<p>PSYKKINEN TOIMINTAKYKY, MUISTI, KÄYTÄYTYMINEN, (kuvaile esim. asiallinen, seka-va, levoton, valvottava jne.)</p>																																																								
<p>FYYSINEN TOIMINTAKYKY</p>	<p>Liikkuminen: <input type="checkbox"/> itsenäinen <input type="checkbox"/> epävarma, ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> keppi, kainalosauvat, rollaattori</p> <p><input type="checkbox"/> autettuna taluttaen <input type="checkbox"/> pyörätuolilla itsenäisesti <input type="checkbox"/> pyörätuolilla avustettuna <input type="checkbox"/> vuodepotilas</p> <p>Toimintakyky:</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>itse</td> <td>rajoittunut</td> <td>täysin autettava</td> <td></td> </tr> <tr> <td>pukeutuminen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>syöminen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>WC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>peseytyminen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>lääkehoito</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>liikkuminen ulkona</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>normaali</td> <td>lievästi rajoittunut</td> <td>kohtalaisen rajoittunut</td> <td>vaikeasti rajoittunut</td> </tr> <tr> <td>näkö</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>kuulo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> kuulolaite</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>puhe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		itse	rajoittunut	täysin autettava		pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		lääkehoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		liikkuminen ulkona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			normaali	lievästi rajoittunut	kohtalaisen rajoittunut	vaikeasti rajoittunut	näkö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kuulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kuulolaite	<input type="checkbox"/>	puhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	itse	rajoittunut	täysin autettava																																																					
pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
lääkehoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
liikkuminen ulkona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
	normaali	lievästi rajoittunut	kohtalaisen rajoittunut	vaikeasti rajoittunut																																																				
näkö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
kuulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kuulolaite	<input type="checkbox"/>																																																				
puhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
<p>VALVONNAN JA AVUN TARVE (vamman tai sairauden vuoksi)</p> <p>(valvonnan tarve: jatkuva valvonta, osittainen valvonta, millaista valvontaa tarvitsee)</p>																																																								
<p>AVUNTARVE YÖLLÄ (miten usein, mikä avun tarve)</p>																																																								

