

VAASAN KAUPUNKI

Sosiaali- ja terveysvirasto/

Vammaispalvelut

Vöyrinkatu 46

65100 Vaasa

OMASHOIDONTUKIHAKEMUS

Saapumispäivä_____

HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT

Henkilötiedot	Hakijan (hoidettavan) nimi	Henkilötunnus
	Postiosoite	
	Postinumero- ja toimipaikka	Puhelin
	Perhesuhteet Naimaton____ Avioliitossa____ Avioliitossa____ Asumuserossa____	
Perhetiedot	Hakijan perheen koko	Lasten syntymävuodet
Asumistiedot	Asunnon koko____ huonetta ja keittiö Asunto on____oma____vuokra	
	Onko asuntoon tehty hakijan vamman edellyttämiä asunnonmuutostöitä? Ei____ Kyllä____ Mitä?	
Sairaus, vamma, diagnoosi		

TOIMINTAKYKY JA AVUNTARVE

Liikkuminen	Liikkuu omatoimisesti____ Tarvitsee ohjausta ja motivointia____ Tarvitsee apuvälineitä, mitä?_____
Apuvälineet	Sisällä: Ulkona:

Suoriutumiskyky		Itsenäinen	Rajoittunut	Täysin autettava	Vaippa: Kyllä__ Ei__
	Pukeutuminen	_____	_____	_____	
	Syöminen	_____	_____	_____	
	WC- käynnit	_____	_____	_____	
	Peseytyminen	_____	_____	_____	

Päivittäinen hoidontarve	Lääkkeet _____ Itse, ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeensä _____ Autettava, lääkkeet jaetaan dosettiin, josta ottaa itse lääkkeensä _____ Valvottava, lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että ottaa lääkkeensä _____ Muut sairaanhoidolliset toimenpiteet:
	Mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen ja valvontaan kuuluu: Päiväsaikaan: Yöaikaan:
Päivittäinen toiminta	Onko hoidettava päivittäin tai säännöllisesti _____ Päiväkodissa___h/vko, missä?_____ _____ Koulussa___h/vko, missä?_____ _____ Päivätoiminnassa___pv/vko, missä?_____ _____ Avotyössä___pv/vko, missä?_____ _____ Viikonloppuhoidossa___pv/kk, missä?_____ _____ Muualla, missä?_____
Hoitotyön sitovuus ja vaativuus	Hoidettavan voi jättää yksin: Ei voi jättää yksin_____ Hetkeksi tuttuun ympäristöön, esim. kotiin_____ 1-4 tunniksi_____ yli 4 tunniksi/ yön yli_____ 12-24 tunniksi_____

YMMÄRTÄMINEN JA KOMMUNIKAATIO

Ymmärtäminen	Ymmärtää normaalin puheen____ Ymmärtää puheen osittain, mutta tarvitsee toistoa tai selvennystä____ Ymmärtää selkeät, lyhyet lauseet____ Tarvitsee puheen tueksi apuvälineen, esim. viittomat____ Ymmärtää vain vähän puhetta____
Puheen tuottaminen	Kykenee kommunikoidaan ilmaisemaan omia tunteita ja tarpeitaan____ Tarvitsee tukea kommunikointiin ja/tai ohjausta apuvälineen käytössä____ Käyttää viittomakieltä tai piktogrammeja____ Tarvitsee henkilökohtaisen avustajan tai tulkin____
Kuulo	Normaali____ Heikentynyt____ Kuuro____
Näkö	Normaali____ Heikentynyt____ Sokea____

HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT

Henkilötiedot	Hoitajan nimi		Henkilötunnus
	Postiosoite		
	Postinumero- ja toimipaikka		Puhelin
	Ammatti		
	Hoitajan työssäkäynti ____ Kokopäivätyö, klo____ ____ Osapäivätyö, klo____ ____ Ei työssä, mistä alkaen?____ ____ Eläkkeellä		
Tiedot hoitosuhteesta	Hoitaja on hakijan Avio/avopuoliso____ Muu omainen, kuka?____ Lapsi____ Perheen ulkopuolinen palkattu hoitaja____ Äiti/isä____		
	Mistä alkaen hoitanut hakijaa?____ Onko hoitajalla muita hoidettavia tällä hetkellä? Ei____ Kyllä____		
	Jos hoitaja on hoidettavan lähiomainen, onko hän joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa? Ei____ Kyllä, milloin____		

Lisätietoja	
Allekirjoitukset	Vaasa / 20__ Hoidettavan allekirjoitus_____ Hoitajan allekirjoitus_____