

Hakemus saapunut:

Hoidettavan tiedot		
Nimi		Henkilötunnus
Lähiosoite		
Postinumero ja -toimipaikka		Puhelin koti/GSM
Sairaudet		
Kuulo		
<input type="checkbox"/> Normaali	<input type="checkbox"/> Alentunut	<input type="checkbox"/> Kuulolaite käytössä
<input type="checkbox"/> Kuuro		
Näkö		
<input type="checkbox"/> Normaali	<input type="checkbox"/> Heikentynyt	<input type="checkbox"/> Sokea
Liikkuminen		
<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/> Liikkuu avustettuna, mitä apua _____	
<input type="checkbox"/> Apuväline/apuvälineet _____	_____	
	<input type="checkbox"/> Vuodepotilas	
Psyykinen toimintakyky/ Muisti		
<input type="checkbox"/> Normaali	<input type="checkbox"/> Muisti heikentynyt	<input type="checkbox"/> Muistamaton
<input type="checkbox"/> Toimintakyky muuten heikentynyt, miten _____		

Avun/hoidon tarve	Suoriutuu itsenäisesti	Tarvitsee apua, mitä?
Ruoan valmistus		
Syöminen		
Pukeutuminen, riisuminen		
Hygienian hoito (hampaiden pesu yms, parranajo)		
Peseytyminen (suihku/kylpy)		
WC-käynnit		

Avun/hoidon tarve	Suoriutuu itsenäisesti	Tarvitsee apua, mitä?
Lääkitys, lääkkeenotto		
Kodin hoito: pyykinpesu, siivous yms		
Kodin ulkopuolinen ja muu asiointi		
Hoitajan antaman avun määrä		
<input type="checkbox"/> Harvemmin kuin kerran päivässä, kuinka usein viikossa? _____ kertaa/vko <input type="checkbox"/> Apu päivittäistä <input type="checkbox"/> Ympäri vuorokautista: Avun tarve yöllä <input type="checkbox"/> Satunnaista <input type="checkbox"/> Toistuvaa, mitä apua? _____ _____		
Kotihoidon palvelut		
<input type="checkbox"/> Kotihoito, kuinka usein _____ h/kk <input type="checkbox"/> Päivätoiminta, kuinka usein _____ /vko <input type="checkbox"/> Jaksohoito _____ vko/kk		
<input type="checkbox"/> Kotihoidon tukipalvelut (kauppa-, ateria-, turvapalvelu) <input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu _____ matkaa/kk		
Kelan etuudet		
<input type="checkbox"/> Eläkkeensaajan hoitotuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> Ei eläkkeensaajan hoitotukea		
Hoitajan tiedot		
Nimi		Henkilötunnus
Lähiosoite		Puhelin koti/GSM/työ
Postinumero ja -toimipaikka		Verotuskunta
Suhde hakijaan		
<input type="checkbox"/> Puoliso	<input type="checkbox"/> Lapsi	<input type="checkbox"/> Muu, mikä
Onko hoitaja		
<input type="checkbox"/> Eläkkeellä	<input type="checkbox"/> Työssä, ansiotyön määrä tuntia/päivä	<input type="checkbox"/> Työtön/Muu, mikä
Tilapäishoito		
Kun hoitajaksi hakeva henkilö on tilapäisesti estynyt, miten hoito järjestetään?		
<input type="checkbox"/> Tulee toimeen itsenäisesti <input type="checkbox"/> Hoitaja hankkii sijaisen <input type="checkbox"/> Kotihoidon tai muun tilapäisavun turvin <input type="checkbox"/> Tarvitaan tilapäistä ympärivuorokautista lyhytaikaishoitoa <input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten? _____		
Tarvittavat liitteet Lääkärinlausunto omaishoidontukea varten tai Lääkärinlausunto C (kopio)		
Espoon sosiaali- ja terveystoimi tallentaa palvelun kannalta tarpeellisia tietoja asiakasrekistereihin. Asiakastiedot voivat olla paperiasiakirjoina, sähköisessä muodossa tietokoneella. Asiakkaalla on halutessaan oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot asiakasrekisteristä. Asiakas voi vaatia virheellisen tai palvelun kannalta tarpeettoman tiedon korjaamista tai poistamista. Tämä oikeus perustuu henkilötietolakiin.		
Allekirjoitukset		
Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun omaishoidontukiasiassa tarpeellisten tietojen antamiseen tai hankkimiseen muilta viranomaisilta. Päiväys ____/____._____ _____ Hoidettavan allekirjoitus ja nimen selvennys		Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun omaishoidontukiasiassa tarpeellisten tietojen antamiseen tai hankkimiseen muilta viranomaisilta. Päiväys ____/____._____ _____ Hoitajan allekirjoitus ja nimen selvennys

Hakemuksen palautusosoite**(Yli 65-v asiakkaat):****Seniorineuvonta ja palveluohjaus Nestori****PL 2308****02070 Espoon kaupunki**

Puhelin (09) 816 33333 ma - pe 9:00 - 15:00