

Saapumispäivä \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_

**OMAISHOIDON TUKIHAKEMUS**

Hakijaa pyydetään vastaamaan kaikkiin kysymyksiin huolella.

**Hakijan henkilötiedot (hoitaja)**

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Hoitajan ammatti/työpaikka \_\_\_\_\_ Puhelin (koti/työ) \_\_\_\_\_

Sukulaisuussuhde hoidettavaan \_\_ei\_\_ kyllä (mikä) \_\_\_\_\_

Hoitajan pankkitili \_\_\_\_\_

**Hoidettavan henkilötiedot**

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka \_\_\_\_\_

Puhelin \_\_\_\_\_

**Hoidettavan perhesuhteet** naimisissa     naimaton     leski     eronnut     avoliitossa**Hoidettavan lähiomainen (jos muu kuin hoitaja)**

Nimi \_\_\_\_\_ Puhelin \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

**Hoidettavan asuminen** omakotitalo     rivitalo     muu; mikä yksin     muiden kanssa (kenen)**Hoidettavan tuen tarve hoitajalta**

\_\_\_\_ tuntia päivässä ja \_\_\_\_ päivää viikossa

Mihin vuorokauden aikaan hoitoa/tukea yleensä tarvitaan \_\_\_\_\_

**Hoitajan arvio hoidettavan hoitoisuudesta asteikolla 1-10 (1=helppo, 10= erittäin raskas)**

Ympyröi oikea luku.

**1    2    3    4    5    6    7    8    9    10**

### Hoidettavan saama muu kuin hoitajan antama apu

- kotihoito; \_\_\_\_\_ x päivä/viikko/kuukausi  
 kotihoidon sairaanhoitaja; \_\_\_\_\_ x päivä/viikko/kuukausi  
 kylvetysapu     palvelupäivä     turvapuhelin     ateriapalvelu  
 lyhytaikainen lomajakso (tilapäinen hoito)  
 muu, mikä \_\_\_\_\_

### Hoidettavan avun tarve

- Näkö:**                    \_\_\_ normaali    \_\_\_ heikko    \_\_\_ sokea
- Kuulo:**                    \_\_\_ normaali    \_\_\_ alentunut    \_\_\_ kuuro
- Puhe:**                    \_\_\_ normaali    \_\_\_ epäselvä    \_\_\_ afasia
- Liikkuminen:**            \_\_\_ normaali    \_\_\_ epävarma    \_\_\_ talutettava    \_\_\_ kaatuileva  
                                  \_\_\_ teline        \_\_\_ pyörätuoli    \_\_\_ nostettava pyörätuoliin  
                                  \_\_\_ vuodepotilas
- Wc:ssä käynti:**        \_\_\_ itsenäisesti    \_\_\_ avustettuna    \_\_\_ vaipat            \_\_\_ katetri
- Syöminen:**            \_\_\_ itsenäisesti    \_\_\_ autettava    \_\_\_ syötettävä
- Lääke:**                    \_\_\_ itsenäisesti    \_\_\_ autettava    \_\_\_ valvottava
- Pukeutuminen:**        \_\_\_ itsenäisesti    \_\_\_ autettava
- Peseytyminen:**        \_\_\_ itsenäisesti    \_\_\_ autettava
- Muisti:**                    \_\_\_ normaali    \_\_\_ alentunut    \_\_\_ muistamaton
- Mieliala:**                \_\_\_ normaali    \_\_\_ masentunut    \_\_\_ sekava            \_\_\_ harhaileva

### Hoidettavalle maksettava Kelan hoitotuki

- ei saa                     saa                     vireillä

### Edellä olevat tiedot vakuutan arvioni ja tietojeni perusteella oikeiksi

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hoidettavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Hoitajan allekirjoitus

(molempien allekirjoitus, mikäli hoidettava pystyy kirjoittamaan)

Omaishoidon tuesta annetun lain 3§ 1 momentin edellytysten varmistamiseksi Mehiläinen tarkistaa potilastietojärjestelmästä, että hoidettava henkilö tarvitsee alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai jonkun muun vastaavanlaisen syyn vuoksi kotioloissa hoitoa tai muuta huolenpitoa.