

Hakemusta käsittelevä yksikkö - Enhet som behandlar ansökan

Saapumispäivämäärä – Ansökan mottagits (datum)

1 HOIDETTAVAN HENKILÖ- TIEDOT	Nimi - Namn	Henkilötunnus - Personbeteckning		
	Kotikunt - Hemkommun			
PERSON- UPPGIFTER OM VÅRD- TAGAREN	Osoite - Adress	Puhelin - Telefon		
2 HOITAJAN HENKILÖ- TIEDOT	Hoitajan nimi - Vårdarens namn	Henkilötunnus - Personbeteckning		
	Osoite - Adress	Puhelin kotiin - Telefon hem		
VÅRDARENS PERSON- UPPGIFTER	Hoitajan pankkiyhteys ja IBAN tilinumero - Vårdarens bankförbindelse och IBAN- kontonummer			
	Hoitajan suhde hoidettavaan - Vårdarens förhållande till vårdtagaren <input type="checkbox"/> Puoliso - Make/maka <input type="checkbox"/> Lapsi - Barn <input type="checkbox"/> Vanhempi - Förälder Muu läheinen, kuka - Annan närstående, vem			
	Hoitaja on ansiotyössä - Vårdaren har förvärvsarbete <input type="checkbox"/> Ei - Nej <input type="checkbox"/> Kyllä - Ja			
	Onko hoitaja jäänyt kokonaan pois työstä hoitamaan hoidettavaa? Har vårdaren stannat helt och hållet hemma från arbetet för att sköta vårdtagaren? <input type="checkbox"/> Ei - Nej <input type="checkbox"/> Kyllä - Ja			
	Asiat joissa hoidettava tarvitsee apua tai ohjausta - Sysslor där vårdtagaren behöver hjälp eller handledning			
		Tarvitsee apua Behöver hjälp	Tarvitsee ohjausta Behöver handledning	Itsenäisesti Självständigt
	Peseytyminen Personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ruokailu Att äta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liikkuminen Att röra sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lääkitys - Medicinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pukeminen - Påklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WC-toiminnot - Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muut terveyden- tai sairaan- hoidolliset toimenpiteet Övriga hälso- eller sjukvårdsåtgärder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoidettavan saamat muut palvelut (esim. kotihoito) Övriga tjänster (t.ex. hemvård) som vårdtagaren erhåller	<input type="checkbox"/> Kyllä - Ja		<input type="checkbox"/> Ei - Nej	
3 SUOSTUMUS TIETOJEN ANTAMISEEN SAMTYCKE TILL ATT ÖVERLÅTA UPPGIFTER	Suostumme siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset voivat antaa toisilleen asiakkuuteen liittyviä tarpeellisia tietoja. Vi ger vårt samtycke till att social- och hälsovårdens myndigheter kan överlåta till varandra nödvändiga uppgifter om klientförhållandet. <input type="checkbox"/> Kyllä - Ja <input type="checkbox"/> Ei - Nej			
4 ALLE- KIRJOITUKSET	Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi. Vi försäkrar att de givna uppgifterna är riktiga.			
	Paikka ja päivämäärä - Ort och datum	Paikka ja päivämäärä - Ort och datum		
NAMN- TECKNINGAR	Hoidettavan allekirjoitus - Vårdtagarens underteckning	Hoitajan allekirjoitus - Vårdarens underteckning		

Hakemukseen on liitettävä C-lääkärintlausunto tmv. josta selviää hoidettavan terveydentila ja toimintakyky.
Till ansökan bör bifogas ett C-läkarutlåtande om vårdtagarens hälsotillstånd och funktionsförmåga.