

Hakemus saapunut ____/____20____

1. Hakijan tiedot	Sukunimi		Etunimet	
	Henkilötunnus		Kotikunta (väestörekisterin mukaan)	
	Katuosoite		Puhelinnumero	
	Postinumero		Toimipaikka	
	Paikka, jossa jonottaa, ellei kotona			
	Siviilisäätö <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Naimisissa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Asuu erillään <input type="checkbox"/> Sotainvalidi % <input type="checkbox"/> Veteraani <input type="checkbox"/> Sotainvalidin/veteraanin leski <input type="checkbox"/> Lotta			
2. Puolison tiedot	Puolison nimi		Puolison henkilötunnus	
			<input type="checkbox"/> Puoliso muuttaa mukana (Huom! Molemmista oma hakemus)	
3. Lähiomainen	Omainen/yhteyshenkilö tai edunvalvoja ja yhteystiedot			
4. Nykyinen asunto	Nykyinen asumismuoto			
	<input type="checkbox"/> Omistusasunto		<input type="checkbox"/> Vuokra-asunto	
	<input type="checkbox"/> Omakotitalo		<input type="checkbox"/> Rivitalo	
	<input type="checkbox"/> Vanhusten vuokratalo		<input type="checkbox"/> Kerrostalo krs	
	<input type="checkbox"/> Palvelutalo, mikä		<input type="checkbox"/> Hissi	
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä			
	<input type="checkbox"/> Asuu yksin		<input type="checkbox"/> Asuu yhdessä, kenen kanssa _____	
	Vuokra/yhtiövastike		€/kk	
	Huoneiston pinta-ala		m ²	
	Huoneistotyyppi		h + k/kk	
Nykyisen asunnon varustetason puutteet:				

5. Hoitoisuusmittarit	Kotihoidon tiimi	Puhelinnumero
	Omahoitaja	
	RaVa-indeksi	Tehty pvm
	MMSE-pisteet	Tehty pvm
ASIAKKAAN LIIKKUMISKYKY JA PÄIVITTÄISET TOIMINNOT (Vasa-mittari)		
Päivittävät toiminnot	<input type="checkbox"/> 0 Itsenäisesti <input type="checkbox"/> 1 Apuvälineiden avulla, keppi, sauva <input type="checkbox"/> 2 Pyörätuolilla itsenäisesti	
	<input type="checkbox"/> 3 Huomattavasti apua, liikkuu rollaattorin kanssa <input type="checkbox"/> 4 Istuu tuolissa siihen asetettuna <input type="checkbox"/> 5 Avuton vuodepotilas	
	Syöminen	
	<input type="checkbox"/> 0 Itsenäisesti <input type="checkbox"/> 1 Apuvälineiden avulla	
	<input type="checkbox"/> 3 Toisen auttamana <input type="checkbox"/> 4 Täysin autettuna	
	Peseytyminen	
	<input type="checkbox"/> 0 Itsenäisesti <input type="checkbox"/> 1 Tarvitsee vähän apua	
	<input type="checkbox"/> 3 Tarvitsee huomattavasti apua <input type="checkbox"/> 5 Täysin autettava	
	Pukeutuminen	
	<input type="checkbox"/> 0 Itsenäisesti <input type="checkbox"/> 1 Tarvitsee vähän apua tai apuvälineiden avulla	
	<input type="checkbox"/> 3 Tarvitsee huomattavasti apua <input type="checkbox"/> 4 Täysin autettava	
	WC-käynti	
	<input type="checkbox"/> 0 Itsenäisesti <input type="checkbox"/> 1 Tarvitsee vähän apua	
<input type="checkbox"/> 3 Tarvitsee huomattavasti apua <input type="checkbox"/> 4 Käyttää alusastiaa tai portatiivia		
Virtsan pidätyskyky		
<input type="checkbox"/> 0 Siisti <input type="checkbox"/> 1 Kestokatetri		
<input type="checkbox"/> 3 Kastelee ajoittain <input type="checkbox"/> 5 Kastelee jatkuvasti		
Ulosteen pidätyskyky		
<input type="checkbox"/> 0 Siisti <input type="checkbox"/> 3 Sotkee ajoittain		
<input type="checkbox"/> Sotkee jatkuvasti		
Psyykinen tila	<input type="checkbox"/> 0 Asiallinen, rauhallinen <input type="checkbox"/> 1 Muisti häiriintynyt	
Hoitoisuusluokka	<input type="checkbox"/> 3 Muistamaton ja ajoittain sekava <input type="checkbox"/> 5 Sekava ja levoton	
	Hoitoisuusluokitus	Yhteensä / hoitoisuusluokka
	<input type="checkbox"/> A Itsenäisesti suoriutuva (0-4) <input type="checkbox"/> B Osittain autettava (5-12) <input type="checkbox"/> C Suurimmaksi osaksi autettava (13-21)	Arvioijan nimi ja pvm
6. Henkilökunnan ja omaisten huomioita	Erityistä huomioitavaa (liikkuminen, vrk-rytmi, turvapuhelimen käyttö, mieliala, käytös) _____ _____ _____ _____ _____ Sairaalajaksoja viimeisen vuoden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> muutama <input type="checkbox"/> useita <input type="checkbox"/> Hoitohenkilökunnan arvio asiakkaan kotona selviämisestä ja kiireellisyydestä Effica-järjestelmän KHTOTS/KHTIIV -lehdelle pvm _____	

<p>7. Kotona asumista tukevat palvelut</p>	<p><input type="checkbox"/> Kunnallinen kotihoito Käyntejä _____ vrk/vko/kk</p> <p><input type="checkbox"/> Yksityinen kotihoito Käyntejä _____ vrk/vko/kk Aika _____ h/vrk/kk Palvelun tuottaja _____</p> <p><input type="checkbox"/> Omainen Käyntejä _____ vrk/vko/kk Aika _____ h/vrk/kk Kuka _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yöpartio Käyntejä _____ kpl/yö</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Ateriapalvelu Määrä _____ /vko</p> <p><input type="checkbox"/> Kauppapalvelu <input type="checkbox"/> Apteekkipalvelu</p> <p><input type="checkbox"/> Päiväkeskus Käyntejä _____ /vko Päiväkeskuksen nimi _____</p> <p><input type="checkbox"/> Turvapuhelin <input type="checkbox"/> Ovivahti</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Omaishoidon tuki Hoitoisuusluokka _____ määrä _____ €/kk Omaishoitajan nimi _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vuorohoito, kuinka järjestetty _____</p> <hr/> <p>Vammaispalvelulain / sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut</p> <p><input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelut Henkilökohtainen avustaja _____ h/vrk/vko/kk</p> <p>Eläkkeensaajan hoitotuki (Kela) _____ €/kk</p> <p>Muita kotona asumista tukevia palveluja / tukia:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8. Haettava hoitopaikka / asunto</p>	<p><input type="checkbox"/> Palveluasuminen <input type="checkbox"/> Ryhmäkoti <input type="checkbox"/> Kulunvalvonnan tarve</p> <p><input type="checkbox"/> Vanhusten vuokra-asunnot</p> <p>Huoneisto tyyppi _____ h + k/kk Huoneistokoko _____ m2</p> <p>PERUSTELUT</p> <p>Pääasialliset syyt, miksi ei voi jatkaa nykyisessä asumismuodossa:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

9. Lisätietoja	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
10. Suostumus ja allekirjoitus	<p><input type="checkbox"/> Suostumus yhteisten tietojärjestelmien käyttöön, selvittelyn ja päätöksenteon tueksi HOPO-työryhmässä (Hoidon porrastus -työryhmä). Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) § 14-20.</p> <p>Asiakastietonne rekisteröidään Muuramen kunnan TerveysEfficca-asiakastietojärjestelmään. Rekisteriseloste on nähtävissä palveluyksikössä.</p> <p>Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen.</p> <p>Päivämäärä ja allekirjoitus</p> <hr/> <p>Täyttämässä avusti / puh.nro</p> <hr/> <p>Virka-asema, sukulaisuussuhde tai muu</p> <hr/> <p>Kotikunnan SAS-yhdyshenkilön tai muun palveluasumisesta/laitoshoidosta vastaavan viranomaisen yhteystiedot</p> <hr/> <p>Onko palveluhakemus vireillä jossakin toisessa kunnassa?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, missä _____</p>
11. Liitteet	<p>Hakemuksen liitteet palveluasumiseen haettaessa</p> <p><input type="checkbox"/> Lääkärintodistus</p> <p><input type="checkbox"/> Kopio MMSE-testistä (hoitohenkilökunta täyttää)</p> <p><input type="checkbox"/> Kopio RaVa-testistä (hoitohenkilökunta täyttää)</p> <p><input type="checkbox"/> Hoitohenkilökunnan arvio asiakkaan kotona selviämisestä ja kiireellisyydestä Efficca-järjestelmään</p> <p>Hakemuksen liitteet vanhusten vuokra-asumiseen haettaessa</p> <p><input type="checkbox"/> Kuukausitulot (todistus eläkkeiden bruttomäärästä)</p> <p><input type="checkbox"/> Verotustodistus (viimeksi vahvistetusta verotuksesta)</p> <p><input type="checkbox"/> Lääkärintodistus, jos terveydellisillä olosuhteilla on vaikutusta asunnon tarpeeseen</p>
12. Palautus	Hakemus palautetaan osoitteella: Muuramen terveysasema Vanhus- ja vammaispalvelut PL 1, Virastotie 10 40951 Muurame