



SAS - HAKEMUS

Saapunut, pvm	Vastaanottaja
---------------	---------------

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin	Sähköposti

HAETTAVAT PALVELUT

<input type="checkbox"/> palvelutalo Niittykukka	<input type="checkbox"/> perhehoito
<input type="checkbox"/> Simolan palvelukeskus	<input type="checkbox"/> päiväkeskus (6 t/krt)
<input type="checkbox"/> yksityinen hoitokoti/palvelukoti	<input type="checkbox"/> päiväkeskus (4 t/krt)
<input type="checkbox"/> kotihoito (kotipalvelu/kotisairaanhoido)	<input type="checkbox"/> harkinnanvarainen kuljetuspalvelu (selvitys nettotuloista)
<input type="checkbox"/> tukipalvelut	<input type="checkbox"/> Muuta, mitä
<input type="checkbox"/> omaishoidontuki (lääkärinlausunto tai muu selvitys terveydentilasta esim. epikriisi)	

Lisätietoja

Asiakkaan suostumus hakemukseen
<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

Siviilisääty
<input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut

Lähiomaiset
_____ puh. _____
_____ puh. _____

Yhteyshenkilö

puh. _____

- Asioita hoitaa itse
 Ei, asioidenhoitaja

puh. _____

ASUMINEN

Asunto on

 oma vuokra-asunto

Asuu

 yksin puolison kanssa omaisten kanssa jonkin muun, kenen? _____

Asumismuoto

 kerrostalo ___ kerros omakotitalo, rivitalo palvelutalo muu _____

Asunnon koko

_____ m²

Asumismukavuudet

portaat

 helppokulkuiset hankalat

WC

 sisällä ulkona

kylpyhuone

 kyllä ei

sauna

 yhteisissä tiloissa asunnossa eri rakennus

lämmitys

viemäri

vesi

sähkö

 kyllä ei

SUORIUTUMINEN PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA

Aistit

kuulo

 kohtalainen heikko olematon

kuulolaite

 kyllä ei käyttää ei käytä

näkö

 kohtalainen heikko olematon

silmälasit

 kyllä ei

Liikuntakyky

sisällä

 ilman apuvälineitä apuvälineillä, millä _____ pyörätuoli käytössä

ulkona

 ilman apuvälineitä apuvälineillä, millä _____ pyörätuoli käytössä vuodepotilas

Henkinen vireys

 muistaa muistihäiriöitä eksyy MMSE: testi _____ pistettä (päivämäärä ____ . ____ . ____)

Kodinhoito	<input type="checkbox"/> itse	<input type="checkbox"/> tarvitsee apua mitä, kuka auttaa? _____
Ruoanvalmistus, ravinnosta nauttiminen		
ruoanvalmistus	<input type="checkbox"/> tekee itse	<input type="checkbox"/> kotipalvelu <input type="checkbox"/> omainen <input type="checkbox"/> ateriapalvelu
	<input type="checkbox"/> joku muu, kuka? _____	
syöminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> osittain autettava
	<input type="checkbox"/> täysin autettava	
	<input type="checkbox"/> mitä muuta huomioitavaa?	
Lääkityksestä huolehtiminen	<input type="checkbox"/> itse	<input type="checkbox"/> dosettiin jaettuna itse <input type="checkbox"/> annostellaan suuhun
	<input type="checkbox"/> päivittäin annosteltuna itse	
	<input type="checkbox"/> annosjakelu	
Henkilökohtainen hygienia		
peseytyminen	<input type="checkbox"/> itse	<input type="checkbox"/> tarvitsee apua/ohjausta <input type="checkbox"/> kylvetyspalvelu
pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itse	<input type="checkbox"/> tarvitsee apua/ohjausta
Eritystoiminta		
WC:ssä käynti	<input type="checkbox"/> itse	<input type="checkbox"/> autettava
virtsanpidätyskyky	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> pidätyskyvytön
ulosteen pidätyskyky	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> pidätyskyvytön
Raha-asioiden hoito/huolehtiminen	<input type="checkbox"/> itse	<input type="checkbox"/> omaiset <input type="checkbox"/> kotihoito <input type="checkbox"/> edunvalvoja
	<input type="checkbox"/> joku muu? _____	
Puhelimen käyttö	<input type="checkbox"/> itse	<input type="checkbox"/> ei käytä lainkaan <input type="checkbox"/> turvapuhelin
	<input type="checkbox"/> vastaa, mutta itse ei soita	
Kotipalvelu	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
	kuinka usein? _____	
	<input type="checkbox"/> muu ulkopuolinen apu, mitä?	
Kotisairaanhoido	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
	kuinka usein? _____	
Erikoishoidot	_____	

ERILAISET TUET

KELA:n hoitotuki	<input type="checkbox"/> hoitotuki	<input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki	<input type="checkbox"/> erityishoitotuki
Omaishoidon tuki	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei	
Muu tuki, mikä?	_____		

Mitä muuta huomioitavaa?

Hakemisen syy

Päiväys

____. ____.

Allekirjoitus

asiakas

hakemuksen teossa avustaneen nimi