

HAKEMUS

**KERAVAN KAUPUNKI**  
SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT  
Arjessa selviytymistä tukevat palvelut

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

HAKEMUS YMPÄRIVUOROKAUTISEEN HOITOOON	
Hakijan sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Hakijan lähiosoite	
Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
<b>Siviilisäät</b> naimaton <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> rekisteröidyssä parisuhteessa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/>	
Hakijan kanssa samassa taloudessa asuvat	Syntymäaika
<b>Edunvalvoja/lähiomainen (kenelle annetaan tieto mm. SAS -työryhmän päätöksestä)</b> <i><b>Yhteystiedot täytettävä tarkasti</b></i> Lähiomainen nimi _____ osoite _____ puhelinnumero _____ Minulle on määrätty edunvalvoja <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <b>hakemukseen on liitettävä päätös edunvalvojan määräämisestä</b> mistä alkaen _____ edunvalvojan nimi _____ osoite _____ puhelinnumero _____	

<b>ASUMINEN</b>	<input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Yhteisasuminen <input type="checkbox"/> palvelutalo																					
	<input type="checkbox"/> Kerrostalo _____ kerros <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo	Asunnossani on <input type="checkbox"/> Portaat <input type="checkbox"/> Hissi																				
<b>NYKYISET PALVELUT</b>	<b>Kotihoitoalue/yksityinen kotihoito</b>																					
	_____ Kotihoidon käyntikerrat _____ x vrk _____ x vko _____ x kk ja käyntien tarkoitus (lääkkeiden antaminen, pukeutuminen jne.)																					
	<b>Lyhytaikaishoito</b> missä _____ kuinka usein _____																					
	<b>Muut avut (esim. omaisten antama apu, yksityiset palvelut, veteraanipalvelut, vammaispalvelulain mukaiset palvelut esim. henkilökohtainen apu ) ja kuinka usein</b> _____ _____																					
<b>Tukipalvelut</b>																						
<input type="checkbox"/> Ateriapalvelu <input type="checkbox"/> Turvapuuhelin <input type="checkbox"/> Siivouspalvelu <input type="checkbox"/> Vuorohoito <input type="checkbox"/> Kulunvalvonta (esim. ovihälytysmatto)	<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> Päiväkeskus <input type="checkbox"/> Kylvetyspalvelu <input type="checkbox"/> Omaishoidontuki <input type="checkbox"/> Kauppapalvelu	Kelan maksamat korvaukset <input type="checkbox"/> Eläkettä saavan hoitotuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> Haettu																				
<b>APUVÄLINEET</b>																						
		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sisällä</th> <th>Ulkona</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keppi</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rollaattori/kävelyteline</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kyynärsauvat</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pyörätuoli</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sähköpyörätuoli</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muu</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Jos muu (esim. kuulon/näön apuväline), mikä? _____ _____		Sisällä	Ulkona	Keppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rollaattori/kävelyteline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kyynärsauvat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pyörätuoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sähköpyörätuoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu	<input type="checkbox"/>
	Sisällä	Ulkona																				
Keppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Rollaattori/kävelyteline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Kyynärsauvat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pyörätuoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Sähköpyörätuoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Muu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

<b>SAIRAUDET/ VAMMAT</b>	Sairaudet/vammat  Erityistiedot, esim. hygieenisesti merkittävä mikrobi (MRSA tms.)  Miten sairaudet vaikeuttavat arkipäivääne?		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>TOIMINTAKYKY</b>	<b>Liikkuminen</b>  <b>SISÄLLÄ</b> <input type="checkbox"/> itsenäisesti ilman apuvälineitä <input type="checkbox"/> apuvälineen avulla <input type="checkbox"/> yhden auttamana <input type="checkbox"/> kahden auttamana		<b>ULKONA</b> <input type="checkbox"/> itsenäisesti ilman apuvälineitä <input type="checkbox"/> apuvälineen avulla <input type="checkbox"/> yhden auttamana
<b>PUHE</b> <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> epäselvä <input type="checkbox"/> afasia		<b>NÄKÖ</b> <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikentynyt <input type="checkbox"/> sokea	<b>KUULO</b> <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikentynyt <input type="checkbox"/> kuuro
<b>RUOKAILU</b> <input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> avustettuna		<b>PUKEUTUMINEN</b> <input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> avustettuna	<b>PESEYTYMINEN</b> <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> avustettuna
<b>MUISTI</b> <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikentynyt <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> diagnoosi _____ todettu v. _____ <input type="checkbox"/> <b>MMSE pisteet</b> _____ <b>pvm</b> _____		<b>PSYYKKINEN TILA</b> <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> jonkin verran oireita <input type="checkbox"/> vaikeita oireita, mitä? _____ <input type="checkbox"/> turvattomuus	
<b>RaVa pisteet</b> _____ <b>h.</b> _____ <b>pvm</b> _____ _____ Muuta, mitä?		<b>WC-TOIMINNOT</b> <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> autettuna <input type="checkbox"/> vaippa käytössä	

<b>LIITTEET</b>	<b>Lääkärintodistus (esim. C-lausunto) terveydentilasta sekä Fysioterapian lausunto toimintakyvystä ja/tai Kotihoidon/palvelutalon/osaston lausunto toimintakyvystä</b>  <b>PUUTTEELLISIA HAKEMUKSIA EI KÄSITELLÄ.</b>
<b>SELVITYKSEN TEKÖON OSALLISTU-NEET</b>	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun ympärivuorokautisen hoito- paikan käsittelyssä tarpeellisten tietojen antamiseen/hankintaan muilta viranomaisilta sekä asian käsittelyyn moniammatillisessa työryhmässä.  Paikka ja aika _____  Allekirjoitus ja nimenselvennys                      Asiakas _____  Allekirjoitus ja nimenselvennys                      Omainen / edunvalvoja _____  Allekirjoitus ja nimenselvennys                      Hoitava yksikkö / ammatti _____
	<input type="checkbox"/> <b>Hakemus on täytetty yhteistyössä asiakkaan, asiakkaan omaisen / edunvalvojan ja hoitavan tahon kanssa.</b>

**Palautusosoite:**

Keravan kaupunki  
Arjessa selviytymistä tukevat palvelut/SAS  
palveluohjaaja  
PL 7, 04201 KERAVA  
Puhelinaika ma-pe klo 9 - 14, p. 040 318 3339

**Käyntiosoite:**

Keravan terveyskeskus  
Metsolantie 2/Helmiina (2. krs)  
04200 Kerava