

HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT	
Henkilötiedot	Hakijan (hoidettavan) nimi Henkilötunnus
	Katuosoite
	Postinumero ja postitoimipaikka Puhelin
	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/> Asumuserossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski
	Lähin omainen, osoite ja puhelin
Perhetiedot	Hakijan perheen koko _____ perheenjäsentä
	Perheessä on _____ alle 18-vuotiasta lasta, syntymävuodet
Asumistiedot	Asunnon koko _____ huonetta ja keittiö/kk
	<input type="checkbox"/> ei hissiä _____ kerros
	Onko asuntoon tehty hakijan vamma edellyttämiä asunnonmuutostöitä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin? Mitä?
Nykyiset avo- ja tukipalvelut	<input type="checkbox"/> Kotipalvelu, miten usein ja mitä? <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoido, miten usein ja mitä? <input type="checkbox"/> Joku muu perheen ulkopuolinen avustaja, kuka, miten usein ja mitä?
HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE	
Käytössä olevat apuvälineet	<input type="checkbox"/> Ei käytössä <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten? <input type="checkbox"/> vuodepotilas, miten?

Syöminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten? <input type="checkbox"/> täysin autettava, miten? <input type="checkbox"/> erityisruokavalio, mikä?
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten? <input type="checkbox"/> täysin autettava, miten?
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten? <input type="checkbox"/> täysin autettava, miten?
Näkö	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea
Kuulo	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuuro
Puhuminen	<input type="checkbox"/> puhuva <input type="checkbox"/> puhehäiriö <input type="checkbox"/> puhumaton
Psyykkinen toimintakyky	<input type="checkbox"/> toimintakykyinen <input type="checkbox"/> muisti heikentynyt <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> toimintakyky muutoin heikentynyt, miten?
WC-käynnit	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> toisen autettava
Päivittäinen hoidontarve	Kuvailekaa mahdollisimman tarkasti, mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan kuuluu päiväaikaan: yöaikaan:
Onko hoidettava päivisin tai muutoin säännöllisesti	<input type="checkbox"/> koulussa, missä, aika <input type="checkbox"/> päiväkodissa, missä, aika <input type="checkbox"/> päivätoiminnassa, missä, aika <input type="checkbox"/> työtoiminnassa, missä, aika <input type="checkbox"/> päiväsairaalassa, kuinka usein <input type="checkbox"/> vuorohoidossa, missä ja kuinka usein <input type="checkbox"/> muualla, missä
Laitoshoidon käyttö viimeksi kuluneen vuoden aikana	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, missä, hoitoajat

Kelan korvaukset	Hoitotuki _____ €/kk Korotettu hoitotuki _____ €/kk Vammaistuki _____ €/kk Erytishoitotuki _____ €/kk Erytishoitoraha _____ €/kk	
HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT		
Henkilötiedot	Hoitajan nimi	Henkilötunnus
	Ammatti tai koulutus	Puhelin
	Katuosoite	Postinumero
Hoitajan työssäkäynti	<input type="checkbox"/> kokopäivätyö, klo _____ <input type="checkbox"/> osapäivätyö, klo _____ <input type="checkbox"/> ei työssä <input type="checkbox"/> eläkkeellä	
Tiedot hoitosuhteesta	Hoitaja on hakijan <input type="checkbox"/> puoliso/avopuoliso <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> isä/äiti <input type="checkbox"/> muu, kuka? _____	
	Mistä alkaen hoitanut hakijaa?	
	Onko hoitajalla tällä hetkellä muita hoidettavia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, nimi ja osoite _____	
	Onko hoitaja joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin? _____	
	Maksetaanko hoidosta avustusta jonkin muun lain nojalla? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, paljonko ja mistä? _____	
	Lisätietoja	
Allekirjoitukset	Oulu _____ / _____ 20 _____	
	Hoidettavan allekirjoitus _____	
	Hoitajan allekirjoitus _____	
Liitteet	1) Lääkärinlausunto C tai B 2) Sotilasvammalain piiriin kuuluvat (väh. 30 %), valtiokonttorin päätös	
Lomakkeen palautus ja lisätietoja	Palveluohjausyksikkö Postiosoite: PL 8, 90015 Oulun kaupunki Puhelin: 08 558 558 00 (Oulu10:n asiakaspalvelu) 08 558 410 (vaihde)	