

Saapumispäivä / 20

Vastaanottaja

Hakijaa koskevat tiedot		
Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Kotiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Puhelin		
Perhesuhde <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		
Sukunimi	Etunimet	Puhelin
Perhetiedot		
Hakijan perheen koko perheenjäsentä	Montako alle 18-vuotiasta lasta perheessä on	Lasten syntymävuodet
Asumistiedot		
Asunnon koko huonetta ja keittiö/kk	<input type="checkbox"/> ei hissiä, mikä asuinkerros	
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		
<b>Käytössä olevat apuvälineet</b> <input type="checkbox"/> Ei käytössä <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?		

**Liikkuminen**

- Itsenäisesti  
 Osin autettava, miten?

Vuodepotilas, miten?

**Syöminen**

- Itsenäisesti  
 Osin autettava, miten?

Täysin autettava, miten?

Erityisruokavalio, mikä?

**Peseytyminen**

- Itsenäisesti  
 Osin autettava, miten?

Täysin autettava, miten?

**Pukeutuminen**

- Itsenäisesti  
 Osin autettava, miten?

Täysin autettava, miten?



Hoitajaa koskevat tiedot		
Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Kotiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Ammatti tai koulutus		Puhelin
<b>Hoitajan työssäkäynti</b> <input type="checkbox"/> kokopäivätyö, klo -	<input type="checkbox"/> kokopäivätyö, klo -	<input type="checkbox"/> ei työssä <input type="checkbox"/> eläkkeellä
<b>Tiedot hoitosuhteesta</b>		
Hoitaja on hakijan <input type="checkbox"/> Muu, kuka?	<input type="checkbox"/> Puoliso/avopuoliso	<input type="checkbox"/> Lapsi <input type="checkbox"/> Isä/äiti 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 hakijaa? <input type="checkbox"/> Ei		Kyllä, milloin?
Maksetaanko hoidosta avustusta jonkin muun lain nojalla? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, paljonko ja mistä?		
Lisätietoja		
Päiväys ja allekirjoitukset		
Paikka ja aika		
Hoidettavan allekirjoitus ja nimenselvennys		
Hoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys		
Liitteet		
<input type="checkbox"/> 1) Lääkärin lausunto C tai B	<input type="checkbox"/> 2) Sotilasvammalain piiriin kuuluvat (väh. 30 %), valtiokonttorin päätös	

Lomakkeen palautus: Oulun kaupunki, Palveluohjausyksikkö, PL 8, 90015 Oulun kaupunki  
Lisätietoja: Puh. 08 558 558 00 (Oulu10:n asiakaspalvelu), 08 558 410 (vaihde)