



ASUMISPALVELUHADEMUS

Hakemus on saapunut _____

Hakemus on käsitelty SAP-ryhmässä _____

Tällä lomakkeella haetaan ASUMISPALVELUN tehostettuun palveluasumiseen Akaassa (Havulinna, Mäntymäki, Tarpiakoti, Torkonkartano) tai palveluasuminen (Karpinmäki, Kurkelanhovi, Koivulakoti) sekä Urjalassa tehostettuun palveluasumiseen Attendo Airanteeseen ja Esperi Reikonlinnaan.

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet (alleviivatkaa kutsumanimi)	
Nykyinen lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka	
Henkilötunnus	
Väestökirjalain mukainen kotipaikka	
Siviilisääty <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut	
Puolison nimi	Puolison henkilötunnus

LÄHIOMAINEN / ASIAINHOITAJA / EDUNVALVOJA

Sukunimi ja etunimi:		<input type="checkbox"/> Lähiomainen <input type="checkbox"/> Asiainhoitaja
		<input type="checkbox"/> Edunvalvoja
Puhelinnumero	Sähköpostiosoite	
Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka	

PÄÄTÖSVASTAUS LÄHETETÄÄN

Nimi:
Osoite:
Puhelinnumero:

ASUMINEN

<input type="checkbox"/> kerrostalo (kerros)	<input type="checkbox"/> omakotitalo /montako kerrosta
<input type="checkbox"/> rivitalo	<input type="checkbox"/> laitoshoido, mikä
<input type="checkbox"/> asuu yksin	<input type="checkbox"/> asuu yhdessä, kenen kanssa?

HAKIJAN TÄLLÄ HETKELLÄ SAAMAT PALVELUT

<input type="checkbox"/> säännöllinen kotihoito Saan apua päivittäin _____ tuntia tai Saan apua viikoittain _____ kertaa	<input type="checkbox"/> saan apua/ iltaisin / viikonloppuisin/ öisin <input type="checkbox"/> tilapäinen kotihoito
<input type="checkbox"/> säännöllinen lyhytaikaishoito (intervallihoido) <input type="checkbox"/> tilapäinen lyhytaikaishoito	<input type="checkbox"/> omaishoito, omaishoitajan nimi
<input type="checkbox"/> ateriapalvelu / kertaa viikossa _____	<input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> turvapuhelin/turva-auttaja <input type="checkbox"/> päivätoiminta
<input type="checkbox"/> saan apua omaisilta, läheisiltä tai muilta toimijoilta (esim. yhdistykset). Minkälaista apua:	<input type="checkbox"/> hankin palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta, mitä:

Lisätietoja hakijan tällä hetkellä saamiin palveluihin

HAKIJAN TOIMINTAKYKY

Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti kodin ulkopuolella	<input type="checkbox"/> itsenäisesti sisällä	<input type="checkbox"/> apuvälineenä keppi/rollaattori, tms
	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon voin itse siirtyä	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon minut on autettava	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
WC-käynnit	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Rakon toiminta	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> kastelee ajoittain	<input type="checkbox"/> katetri
Vatsan toiminta	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen ajoittain	<input type="checkbox"/> toimitettava
Ruoan lämmitys ja ruokailu	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Siivous ja vaatehuolto	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Omien asioiden hoitaminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa	<input type="checkbox"/> ei ole ongelmia	<input type="checkbox"/> on ongelmia, minkälaisia	
Muisti	<input type="checkbox"/> muisti normaali	<input type="checkbox"/> ajoittain muistamaton	<input type="checkbox"/> muistamaton
Muistisairauteen liittyviä oireita	<input type="checkbox"/> sekava tai levoton	<input type="checkbox"/> aggressiivinen	<input type="checkbox"/> karkaileva
Kotona asumista vaikeuttavat tunteet	<input type="checkbox"/> pelokkuuden tunne voimakas	<input type="checkbox"/> turvattomuuden tunne voimakas	<input type="checkbox"/> yksinäisyyden tunne voimakas
Harhaisuus	<input type="checkbox"/> ei harhoja	<input type="checkbox"/> on harhoja	
Lääkkeiden otto	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Onko ongelmia lääkkeiden väärinkäytön, alkoholin tai muiden päihteiden kanssa		<input type="checkbox"/> ei ole	<input type="checkbox"/> on
Käytössä olevat apuvälineet			

HAKIJAN PÄÄDIAGNOOSI, JOLLA HAETAAN YMPÄRIVUOROKAUTISEEN HOIVAAN

(onko hakijalla esim. avanne, peg-letku, cystofix tai vastaava)

--

KUVAUS SYISTÄ, MIKSI ASUMISTA EI VOI JATKAA NYKYISESSÄ KODISSA

--

MITEN HAKIJA ITSE KOKEE SELVIYTYVÄNSÄ KOTONA TÄLLÄ HETKELLÄ

<input type="checkbox"/> hyvin	<input type="checkbox"/> melko hyvin	<input type="checkbox"/> melko huonosti	<input type="checkbox"/> huonosti

HAKIJAN PAIKKATOIVE

Asumispalvelupaikkaa päätettäessä pyritään ottamaan huomioon toive paikan sijainnista. Tarjottu paikka on pääsääntöisesti otettava vastaan.
<input type="checkbox"/> ei väliä
Perustelut toiveelle:

HAKIJAN ALLEKIRJOITUS

Suostun en suostu

Asumispalvelupäätöksen tekemisen tarvittaviin tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta

päivämäärä, paikka

Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Hakemuksen palautusosoite: Asiakasohjaajat, Hyvinvointikeskus, Torkontie 2, 37800 Akaa.

VIRANOMAINEN TÄYTTÄÄ

RAI- arviointi tehty	päivämäärä _____	Maple5 _____
ADLH _____	IADLCH _____	CPS _____
MMSE-testi	päivämäärä _____	pisteet _____

Viranomaisen muita merkintöjä (esim. aikaisemmat hoitotoimenpiteet ja hakijan olosuhteissa myöhemmin tapahtuneet muutokset)

ARVOINTI ASUMISPALVELUN TARPEESTA

Arvioinnin tekijä Työryhmä Muu, kuka? _____

Jatkohoitoaikaan tarve kyllä ei

Perustelut

Hoitoaikaan kiireellisyys

