



## ASUMISPALVELUHAKEMUS

Hakemus on saapunut \_\_\_\_\_

Hakemus on käsitelty SAP-ryhmässä \_\_\_\_\_

Tällä lomakkeella haetaan ASUMISPALVELUN tehostettuun palveluasumiseen Akaassa (Havulinna, Mäntymäki, Tarpiakoti, Torkonkartano) tai palveluasumiseen (Karpinmäki, Kurkelanhovi) sekä Urjalassa tehostettuun palveluasumiseen (Attendo Airanne ja Esperri Reikonlinna).

### 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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_