

Lomakkeen palautus:
 Hämeenlinnan kaupunki
 Ikäihmisten asiakasohjausyksikkö/
 palveluohjaajat
 Talaskuja 3, 13200 Hämeenlinna

Hakemus saapunut _____

Hakijan perustiedot	Suku- ja etunimet	
	Henkilötunnus	Puhelin
	Lähiosoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka
	Kenelle paikasta ilmoitetaan (nimi ja puhelinnumero)	
	Muut samassa taloudessa asuvat henkilöt (nimi ja suhde asianosaiseen):	
Palvelut	Saan seuraavia palveluja: <input type="checkbox"/> kotihoito, tuntikehys: _____ <input type="checkbox"/> omaishoidontuki <input type="checkbox"/> muu, mikä: _____	
Toimintakyky	Tarvitsen apua/ohjausta seuraavissa toimissa: <input type="checkbox"/> pukeutuminen <input type="checkbox"/> peseytyminen <input type="checkbox"/> syöminen <input type="checkbox"/> lääkehoito <input type="checkbox"/> wc-käynnit <input type="checkbox"/> liikkuminen, apuvälineet: _____	
	Onko käytössä vaippoja? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Perus-sairaudet	Toimintakykyäni rajoittavat: <input type="checkbox"/> muistisairaus, mikä? _____ Muistisairauteen liittyviä oireita: <input type="checkbox"/> sekava/levoton <input type="checkbox"/> aggressiivinen <input type="checkbox"/> karkaileva <input type="checkbox"/> harhainen MMSE-pisteet/milloin tehty: _____ <input type="checkbox"/> muut sairaudet: _____ _____	
	Ruokavalio/ruoka-aineallergiat:	
	Kiinnostuksen kohteet/ omat toiveet	

Kommuni- kaatio- ja vuorovaikutus- taidot	<input type="checkbox"/> heikentynyt näkö <input type="checkbox"/> alentunut kuulo	
	Kuulon/näön apuvälineet:	
	Vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa: <input type="checkbox"/> ei ole ongelmia <input type="checkbox"/> on ongelmia, minkälaisia: _____	
	Koen <input type="checkbox"/> turvattomuutta <input type="checkbox"/> yksinäisyyttä	
Lyhytaikais- paikka	Ajankohta, jolloin paikkaa tarvitaan:	
	Onko tarve <input type="checkbox"/> tilapäinen <input type="checkbox"/> säännöllinen	
	Perustelut paikan tarpeelle:	
	Toive hoitopaikasta:	
Työntekijä täyttää	Tavoitteet lyhytaikaishoidolle:	
	Muuta huomioitavaa:	
	Palveluohjaajan/sosiaalityöntekijän käynti tehty:	
	Järjestetty hoitopaikka ja -aika:	
Suostumus	Hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta (esim. Kela) sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu	
Allekirjoitus	Paikka ja päiväys	Hakijan allekirjoitus
	Lomakkeen täyttäjä, jos muu kuin asiakas:	