

Hakemuksen saapumispäivä ____ / ____ / ____

Vastaanottaja _____

Hakee: ☐ hoitopalkkiota ☐ hoitopalkkion korotusta ☐ ennaltaehkäisevää tukea

Hoidettavaa koskevat henkilötiedot	Hakijan (hoidettavan) nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Kotikunta
	Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelinnumero
	Perhesuhteet ☐ naimaton ☐ avioliitossa ☐ eronnut ☐ rek. parisuhde ☐ avioliitossa ☐ leski	
Hoitajan tiedot	Hoitajan nimi	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelinnumero kotiin
	☐ puoliso ☐ ei sukua ☐ sukulainen, mikä? _____ ☐ hoitaja on töissä ☐ eläkkeellä ☐ työttömänä	
Hoidettavan perussairaudet / diagnoosit		
Hoidettavan terveydentila	Liikkuminen ☐ itsenäisesti ☐ apuväline, mikä _____ ☐ liikkuu avustettuna ☐ vuodepotilas	
	Muisti ☐ normaali ☐ muisti heikentynyt ☐ muistisairaus todettu	
	Psyykkinen tila ☐ normaali ☐ sekava / harhainen ☐ masentunut ☐ aggressiivinen	
	Näkö ☐ normaali ☐ heikko ☐ sokea ☐ apuväline, mikä _____	
	Kuulo ☐ normaali ☐ heikko ☐ kuuro ☐ kuulolaite	
	Puhe ☐ puhuva ☐ puhehäiriö / afasia ☐ puhumaton ☐ apuväline, mikä _____	
	Tarvitseeko hoidettava erityisiä (vaativia) hoitotoimenpiteitä? ☐ ei ☐ kyllä, mitä _____	
	Tuleeko hoidettava yksin toimeen päiväikaan? ☐ ei ☐ kyllä, kuinka kauan aikaa _____	
	Yöaikaisen hoidon tarve ☐ ei ☐ kyllä, millaista hoitoa _____	

Hoidettavan avuntarve		Suoriutuu itsenäisesti	Tarvitsee apua	Täysin autettava
	Lääkkeiden ottaminen	☐	☐	☐
	Peseytyminen	☐	☐	☐
	Pukeutuminen / riisuminen	☐	☐	☐
	WC-asiointi	☐	☐	☐
	Liikkuminen sisällä	☐	☐	☐
	Liikkuminen ulkona	☐	☐	☐
	Syöminen / juominen	☐	☐	☐
	Valvonnan tarve (kaatuilua / karkailua tms.)	☐	☐	☐
Avopalvelun tarve ja lyhyt-aikaishoito	Onko hoidettava päivisin tai muutoin säännöllisesti ☐ lyhytaikaisessa hoidossa, missä _____ ☐ työtoiminnassa, missä _____ ☐ koulussa, missä _____ ☐ päiväkodissa, missä _____			
Sosiaali- ja terveystalvelut	☐ saa kotihoitoapua ☐ henkilökohtainen avustaja ☐ muu palvelu, mikä? _____			
Kelan etuudet	Mitä seuraavista etuuksista Kela on myöntänyt hoidettavalle? ☐ Kelan hoitotuen määrä / kk _____ € ☐ hoitotukihakemus vireillä ☐ Vammaistuen määrä / kk _____ €			
Muut etuudet	Saako hoidettava sotilasvammalain mukaista korvausta tai haattakorvausta vakuutusyhtiöltä? ☐ saa ☐ ei saa Saako hoidettava vakuutusyhtiöltä korvausta tapaturman, liikennevahingon tai hoitovirheen takia? ☐ saa ☐ ei saa ☐ muut etuudet, mitkä? _____			
Perustelut omaishoidon-tuen myöntämiseksi	Haen omaishoidontukea, koska			
Allekirjoitukset	Paikka ja päiväys			
	Hoidettavan allekirjoitus			
	Hoitajan allekirjoitus			
Lähiomainen (jos muu kuin omaishoitaja), osoite, postinumero, postitoimipaikka ja puhelin				

Hakemuksen palautus:

- Vammaiset ja alle 65-vuotiaat :** Porin perusturvan vammaispalvelut/omaishoidon tuki, Antinkatu 16 B, 4.krs., 28100 Pori
- Yli 65-vuotiaat:** Porin perusturvan vanhuspalvelut/omaishoidontuki, Juhana Herttuankatu 17, 28100 Pori

Suostumus potilas-/asiakastietojen käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereistä

Tällä suostumuksella _____ palvelun henkilöstö, jolla on asiakas-/potilastietojärjestelmän käyttöoikeus voi katsoa potilas-/asiakastietojani _____ kunnan/kaupungin _____ toimialan/palveluiden sosiaalihuollon ja terveydenhuollon seuraavista rekistereistä:

- ☐ Palveluasuminen (myös tilapäisasuminen)
- ☐ Ympäri vuorokautinen asuminen/hoito
- ☐ Kotihoito
- ☐ Omaishoito
- ☐ _____ kunnan/kaupungin _____ toimialan/palveluiden sähköinen potilastietorekisteri
- ☐ Muut sosiaalihuollon palvelut; eritellään tarpeen mukaan

Tietoja käytetään hoidon/palvelun järjestämiseen ja toteuttamiseen, ja niiden käyttö edellyttää aina hoito-/asiakassuhdetta.

Suostumus kattaa kaikki _____ kunnan/kaupungin _____ toimialan/palveluiden sähköiseen potilas-/asiakastietojärjestelmään aiemmin tallennetut ja myöhemmin tallennettavat tiedot siltä osin kuin tietojen käyttö kyseisessä käyttötarkoituksessa on tarpeen.

Tämä suostumus on voimassa asiakassuhteen voimassaoloajan. Asiakkaalla on oikeus muuttaa tai peruuttaa suostumus missä tahansa palvelun suunnittelun tai toteutuksen vaiheessa ilmoittamalla siitä kirjallisesti palvelusta vastaavalle taholle. Suostumuksesta kieltäytyminen ei estä palvelun saamista, mutta tällöin on potilaan-/asiakkaan itse huolehdittava palvelun antamisen kannalta tarpeelliset tiedot palvelua antavaan toimintayksikköön.

Totean saaneeni riittävän informaation suostumuksen antamista varten ja olen antanut luvan tämän suostumuksen laadintaan.

Asiakkaan etunimi ja sukunimi

Henkilötunnus

Vahvistan suostumukseni allekirjoituksella

_____/_____.20_____
Paikka

Allekirjoitus

- ☐ Suostumuksen antaja voi olla myös asiakkaan huoltaja tai laillinen edustaja, jonka tehtäväksi on määrätty asiakkaan terveyttä koskevien asioiden hoitaminen. Suostumukseen liitetään kopio oikeuden tai maistraatin vahvistamasta edunvalvontapäätöksestä tai määräyksestä.
- ☐ Potilaslaki 6 § ja Sosiaalihuollon asiakaslaki 8 § ja 13 §: Hoidostaan päättämään kykenemättömän kohdalla potilaan hoito tulee järjestää tavalla, joka vastaa parhaiten potilaan tahtoa. Tämän selvittämiseksi on kuultu potilaan lähiomaista tai muuta läheistä.

- ☐ Olemme yhdessä päätyneet siihen, että asiakkaan parhaan hoidon takaamiseksi avataan edellä merkityt tiedot ammattilaisten käyttöön. Oikeuden tai maistraatin vahvistama edunvalvontapäätös tai -määräys (kopio).

Suostumuksen vastaanottamisen todistaa

Nimi

Ammatti

Toimipaikka

- ☐ Asiakas ei ole sairauden tai vamman takia kykenevä allekirjoittamaan suostumusta, mutta antaa suullisen suostumuksensa tai ilmaisee sen muulla tavoin (esim. nyökkäys).

Suostumus arkistoidaan toimintayksiköiden hallinnolliseen arkistoon erillään muista asiakas-/ potilasasiakirjoista.