



| | | |
|------------------|------------|------------------|
| Hakemus saapunut | Kotikäynti | Tiimin käsittely |
|------------------|------------|------------------|

| | | | |
|----------------------------------|--|------------------|---------------|
| Hoidettavan henkilötiedot | Nimi | Henkilötunnus | |
| | Lähiosoite | | |
| | Postinumero | Postitoimipaikka | Puhelinnumero |
| | Lähiomainen, nimi ja puhelinnumero <input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Tytär/Poika <input type="checkbox"/> Muu sukulainen <input type="checkbox"/> Ei ole sukulainen | | |
| Asumistiedot | Asunto on <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Paritalo <input type="checkbox"/> Rivitalo | | |
| | <input type="checkbox"/> Kerrostalon ___kerros Onko talossa hissi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei | | |
| | <input type="checkbox"/> Suihkutilaan / wc-tilaan mahdollisuus päästä auttajan kanssa | | |
| | <input type="checkbox"/> Sisärappuja <input type="checkbox"/> Levennetyt ovet <input type="checkbox"/> Ulkorappuja <input type="checkbox"/> Luiska | | |
| | Muita vammaisratkaisuja, mitä | | |
| | Hoidettava asuu <input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Toisen henkilön kanssa, kenen | | |
| Terveystila | Sairaudet / vamman laatu, toimintakyky | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|---|--------------|--|
| Liikkuminen | Apuvälineet: | |
| | Pyörätuoli: | <input type="checkbox"/> Sisällä <input type="checkbox"/> Ulkona |
| | Keppi: | <input type="checkbox"/> Sisällä <input type="checkbox"/> Ulkona |
| | Rollaattori: | <input type="checkbox"/> Sisällä <input type="checkbox"/> Ulkona |
| Hakijan käytössä on muita liikkumisen apuvälineitä. Mitä? | | |
| | | |



| | |
|-------------------|---|
| Avun tarve | Tuleeko hakija yksin toimeen päiväaikaan? <input type="checkbox"/> Kyllä: kuinka kauan? <input type="checkbox"/> Ei |
| | Kuinka paljon hakija tarvitsee toisen henkilön hoitoa ja huolenpitoa? <input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Muutaman kerran viikossa <input type="checkbox"/> Harvemmin |
| | <u>Kuvaile minkälaista apua hoidettava tarvitsee seuraavissa toiminnoissa</u> (kuvaile, onko avun tarve: ohjaamista, valvomista vai onko hoidettava täysin autettava). |
| | Siivouksessa |
| | Kauppa-, apteekki- ja pankkiasioinnissa |
| | Sisällä liikkumisessa |
| | Ulkona liikkumisessa |
| | Ruoanlaitossa |
| | Syömisessä |
| | Päivittäisessä peseytymisessä (henkilökohtaisen hygienian hoito, esim. parranajo, hampaiden pesu, käsien/kasvojen pesu..) |
| | Pukeutumisessa/riisuutumisessa |
| | Saunassa/suihkussa |
| | WC-käynneissä |
| | Lääkehoidossa (lääkkeiden jakaminen/ottaminen) |



| | |
|--------------------------|---|
| | <p>Tarvitseeko hakija yöllä toisen apua <input type="checkbox"/> Kolme kertaa <input type="checkbox"/> Kaksi kertaa <input type="checkbox"/> Yhden kerran <input type="checkbox"/> Ei lainkaan</p> <p>Minkälaista apua hakija tarvitsee öisin?</p> |
| Palvelujen käyttö | <p>Käyttääkö hakija <input type="checkbox"/> Kunnan kotihoidon palveluja <input type="checkbox"/> Yksityisiä palveluja</p> <p>Minkä verran?</p> |
| | |
| | <p>Käyttääkö hakija muita palveluja (intervallihoito, päiväkeskus, turvapuhelin, ateriapalvelu, muita?) <input type="checkbox"/> Kyllä: mitä / kuinka usein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Minkä verran läheiset osallistuvat jokapäiväisiin askareisiin?</p> |
| | <p><u>Kelan etuudet ja tuet?</u></p> <p>Vanhuuseläkettä saavan hoitotuki _____ €/kk</p> <p><input type="checkbox"/> hakemus vireillä <input type="checkbox"/> haettu, ei myönnetty</p> <p>Vammaistuki _____ € kk</p> <p><input type="checkbox"/> hakemus vireillä <input type="checkbox"/> haettu, ei myönnetty</p> <p>Kuntoutusraha _____ €/kk</p> <p>Muu, mikä _____ €/kk</p> <p>Oletteko hakeneet omaishoidon tukea aikaisemmin? <input type="checkbox"/> kyllä vuonna _____ €/kk <input type="checkbox"/> ei myönnetty <input type="checkbox"/> ei ole haettu</p> |



| | | |
|--|---|------------------|
| Hoitajan henkilötiedot | Nimi | Henkilötunnus |
| | Lähiosoite | |
| | Postinumero | Postitoimipaikka |
| | Puhelinnumero <input type="checkbox"/> Koti <input type="checkbox"/> Työ <input type="checkbox"/> Matka | |
| | Onko hoitaja ansiotyössä <input type="checkbox"/> Kotona <input type="checkbox"/> Kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> Ei ole ansiotyössä <input type="checkbox"/> Hoitaja eläkkeellä | |
| | Onko ansiotyö <input type="checkbox"/> Kokopäivätyö <input type="checkbox"/> Osapäivätyö <input type="checkbox"/> Vuorotyö | |
| | Hoitajan suhde hoidettavaan <input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Tytär/Poika <input type="checkbox"/> Muu sukulainen <input type="checkbox"/> Ei ole sukulainen | |
| | Vaikuttavatko mahdolliset hoitajan sairaudet hoitotyöhön? Miten? Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto | |
| | | |
| | | |
| Lisätietoja pääasiallisesta hoitajasta | | |
| | | |
| | | |
| Hoitopalkkion maksutiedot | Pankin tilinumero | |
| | Palkkalaskelma lähetetään <input type="checkbox"/> verkkopankkiin <input type="checkbox"/> kirjeenä kotiin | |
| Sijaishoitaja | Kuka toimii sijaishoitajana pääasiallisen hoitajan ollessa estyneenä? | |
| | | |
| | | |
| Hoitajan vapaat | Ehdotus vapaan aikaisesta sijaishoidon järjestämisestä | |
| | | |
| | | |
| Lisätietoja | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Tiedote potilas- ja asiakasrekisteristä**

Siilinjärven kunnan alueen kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa eli kotihoitoa toteutetaan sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä. Asiakkaan hoitoa koskevat tiedot tallennetaan osittain yhteisesti pidettävään tietojärjestelmään (Effic).

Omaishoidon tukea koskevat tiedot tallennetaan samaan rekisteriin.

Rekisterinpitäjänä toimii Siilinjärven kunta.

Asiakkaan hoitoon ja palvelun järjestämiseen osallistuva henkilöstö voi hoidon niin vaatiessa kirjata ja katsella sellaisia asiakasta koskevia tietoja jotka ovat välttämättömiä asiakkaan hoidon ja palvelun järjestämiseksi ja toteuttamiseksi.

Tietojenkäsittelyoikeus ja tietojen luovuttaminen koskee asiakkaan kuluvaan kotihoidon (omaishoito) hoito- ja palvelujaksoa.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.09.2000/812

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Henkilötietolaki 22.4.1999/523

Asiakas antaa luvan asiakas- ja potilasrekisterin käyttöön

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Allekirjoitus ja päiväys | Siilinjärvi ____/____ 20 ____ | Siilinjärvi ____/____ 20 ____ |
| | Hoidettavan allekirjoitus | Hoitajan allekirjoitus |

Hakemus toimitetaan osoitteella:

SIILINJÄRVEN KUNTA
Hoiva- ja vanhuspalvelut / Neuvonta- ja palveluohjausyksikkö Luotsi
Isoharjantie 6, rak. S1, 3 krs.
71800 Siilinjärvi

Päivitetty 23.11.2016/tr

Postiosoite
Siilinjärven kunta
PL 5
71801 Siilinjärvi

Käyntiosoite
Isoharjantie 6, rak.S1, 3 krs.
71800 Siilinjärvi
www.siilinjarvi.fi

Puhelin
017 401 111
Faksi
017 462 1102

Sähköposti
etunimi.sukunimi@siilinjarvi.fi
kirjaamo@siilinjarvi.fi
Y-tunnus
0172718-0