

Asunnon numero (palvelutalo Huili täyttää)	Alkaen pvm
--	------------

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja entiset nimet (painokirjaimin)		Etunimet (puhuttelunimi alleiviataan)	
Ammatti tai työ, josta jäänyt eläkkeelle			
Henkilötunnus		Kotipaikka	
Nykyinen osoite		Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
Lähin omainen, joka voi tarvittaessa antaa lähempiä tietoja, sukunimi		Etunimi	
Osoite			
Puhelin kotiin	Puhelin työhön	GSM	

Seuraavissa kohdissa kysytään tarkempia tietoja hakijan toimintakyvystä, aistitoiminnoista, sairauksista ja hänen aikaisemmin saamistaan palveluista. Toivoisimme, että täyttäisitte kohdat huolellisesti sillä niiden antamalla tiedoilla on merkitystä arvioitaessa hakijalle mahdollisesti sopivimpia palvelutarpeita.

Rastikaa vaihtoehtoista se, joka pitää paikkansa tällä hetkellä juuri Teidän kohdallanne.

TOIMINTAKYKY
PYSTYTTEKÖ
LIKKUMAAN ULKONA?

- En
- Jos joku auttaa
- Kyllä vaikeuksin, mutta ilman apua
- Vaikeuksitta

KÄVELEMÄÄN HUONEIDEN VÄLILLÄ?

- En
- Jos joku auttaa
- Kyllä vaikeuksin, mutta ilman apua
- Vaikeuksitta

KULKEMAAN PORTAITA?

- En
- Jos joku auttaa
- Kyllä vaikeuksin, mutta ilman apua
- Vaikeuksitta

KÄYTTÄMÄÄN WC:TÄ

- En
- Jos joku auttaa
- Kyllä vaikeuksin, mutta ilman apua
- Vaikeuksitta

KÄYTÄTTEKÖ LIIKKUMISEN TUKENA APUVÄLINEITÄ?

En
Kyllä, mitä apuvälineitä?

PYSTYTTEKÖ

PUKEUTUMAAN JA RIISUUNTUMAAN ITSE?

En
Jos joku auttaa
Kyllä vaikeuksin, mutta ilman apua
Vaikeuksitta

PESEYTYMÄÄN JA KYLPEMÄÄN ITSE?

En
Jos joku auttaa
Kyllä vaikeuksin, mutta ilman apua
Vaikeuksitta

LAITTAMAAN RUOKANNE ITSE?

En
Jos joku auttaa
Kyllä vaikeuksin, mutta ilman apua
Vaikeuksitta

SYÖMÄÄN ITSE?

En
Jos joku auttaa
Kyllä vaikeuksin, mutta ilman apua
Vaikeuksitta

ONKO TEILLÄ ERIKOISRUOKAVALIO?

Ei
Kyllä, mitä?

AISTITOIMINNOT

KUULO

Puhekuulo 3 m
Kuulee puheen läheltä (alle 1m)
Ei puhekuuloa

KÄYTÄTTEKÖ KUULOKOJETTA?

Kyllä
Ei

ONKO TEILLÄ MUITA KUULON LIITTYVIÄ APUVÄLINEITÄ?

Ei
Kyllä, mitä?

NÄKÖ

Normaali
Heikentynyt

KÄYTÄTTEKÖ SILMÄLASEJA?

Kyllä
Ei

ONKO TEILLÄ MUITA NÄÖNHUOLTOON LIITTYVIÄ APUVÄLINEITÄ?

Ei
Kyllä, mitä?

MUUTA

MUISTI

- Ikää vastaava
- Huonontunut

JOS MUISTINNE ON SELVÄSTI HUONONTUNUT, ONKO TUTKITTU, MIKÄ ON AIHEUTTANUT MUISTINNE HEIKKENEMISEN?

- Ei
- Kyllä

Milloin ja missä tutkittu?

Aiheuttajan syy:

MITEN NUKUTTE YÖNNE?

- Hyvin
- Huonosti
- Vaihtelevasti, miten?

TUNNETTEKO ITSENNE YKSINÄISEKSI?

- Usein
- Joskus
- En koskaan

TUNNETTEKO ITSENNE TURVATTOMAKSI?

- Usein
- Joskus
- En koskaan

SAIRAUDET JA LÄÄKITYS

Mitä sairauksia Teillä on tällä hetkellä?

PÄIVITTÄINEN LÄÄKKEIDEN OTTAMINEN

- Otan lääkkeet itse (purkista tai annostelijasta)
- Lääkkeiden otosta huolehtii joku toinen, kuka?

LÄÄKÄRIN HOITO

- Olen terveyskeskuslääkärin hoidossa, kenen?

- Olen yksityislääkärin hoidossa, kenen?

HAKIJAN SAAAMA ULKOPUOLINEN APU TÄLLÄ HETKELLÄ

- Kotisairaanhoidtaja käy säännöllisesti
- Kotipalvelu käy säännöllisesti
- Seurakuntasisar käy säännöllisesti
- Omainen tai joku muu auttaja käy säännöllisesti
- Yöpartio käy luonani säännöllisesti
- Minulla on turvapuhelin
- Käyn päiväsairaalassa / päivätoiminnassa
- Olen jaksottain kotona ja sairaalassa / vanhainkodissa
- valmis ateria tuodaan kotiin

kertaa/pv	kertaa/vko	kertaa/kk
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MITKÄ OVAT MIELESTÄNNE TÄRKEIMMÄT SEIKAT, JOIDEN VUOKSI HAKEUDUTTE PALVELUTALOON?

Hakemuksen tiedot antoi _____

Paikka / 20 _____

Hakijan allekirjoitus _____

HOLLOLAN PALVELUTALOYHDISTYS HUILI RY TÄYTTÄÄ

Ruokakunnian koko _____

Palveluasunnon tarpeeseen vaikuttavat terveydelliset seikat _____

Oletettu palvelujen tarve _____

Muuta huomioitavaa _____

Toivottu asunnon koko ja numero: m ² Nro: 1 _____ 2 _____ 3 _____	Myönnetty asunto: m ² Nro: _____	Jää jonoon: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
---	--	---