



OMAI SHOIDONTUKI HAKEMUS

Hakemus palautetaan:
Järvenpään kaupunki / kotona asumista tukevat palvelut
Omaishoito
Myllytie 11 A, 04410 Järvenpää
p. 09 – 27191, www.jarvenpaa.fi

HOITAJAN HENKILÖTIEDOT

Etu- ja sukunimi

Henkilötunnus

Lähiosoite

Postinumero ja -toimipaikka

Puhelin kotiin

Puhelin työhön

Hoitaja on sukulainen

Ei _____ Kyllä, mikä? _____

HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT

Etu- ja sukunimi

Henkilötunnus

Lähiosoite

Postinumero ja -toimipaikka

Puhelin kotiin

Perhesuhteet

Hoidettavan vamma tai sairaus

HOIDETTAVAN PÄIVITTÄINEN HOIDON TARVE

Kuinka paljon ja kuinka usein on autettava päivittäisissä toiminnoissa?

Kuinka kauan hoidettava voi olla yhtäjaksoisesti ilman hoitajaa päiväaikana?

Kuinka kauan hoidettava voi olla yhtäjaksoisesti ilman hoitajaa yöaikana?

Kuinka paljon ja kuinka usein on autettava päivittäisissä toiminnoissa?

Hoidettavan hoidon tarve yöllä

Onko hoitaja jäänyt pois ansiotyöstä hoitaakseen hoidettavaa? Kyllä _____ Ei _____

Onko hoidettava päivisin kodin ulkopuolella hoidossa/päivätoiminnassa? Kyllä _____ Ei _____

TIEDOT HOIDON TAI HOIVAN TARPEESTA

Suoriutuu itsenäisesti

Liikkuminen ja siihen tarvittavat apuvälineet Kyllä _____ Ei _____

Mitä apua tarvitsee? _____

Ravitsemuksen hoito Kyllä _____ Ei _____

Mitä apua tarvitsee? _____

Wc-käynnit Kyllä _____ Ei _____

Mitä apua tarvitsee? _____

Henkilökohtainen hygienia (hampaiden pesu, parranajo, peseytyminen) Kyllä _____ Ei _____

Mitä apua tarvitsee? _____

Pukeutuminen / riisuuntuminen Kyllä _____ Ei _____

Mitä apua tarvitsee? _____

Lääkitys Kyllä _____ Ei _____

Mitä apua tarvitsee? _____

Näkö, kuulo, puhe, muisti: _____

Muuta huomioitavaa: _____

MUUT PALVELUT JA TUET

Saako hoidettava KELA:n hoitotukea? Jos saa, mikä on tuen määrä? _____

Käyttääkö hoidettava sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita? Mitä?

Liitteet: _____ C-lääkärintodistus tai vastaava

Lisätietoja: _____

ALLEKIRJOITUKSET

Vakuutan edellä antamani tiedot oikeiksi ja hyväksyn tässä mainitun hoitajan hoitajakseni. Samalla suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.

Päivämäärä _____ Hoidettavan allekirjoitus _____

Vakuutan edellä antamani tiedot oikeiksi. Samalla suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.

Päivämäärä _____ Hoitajan allekirjoitus _____

ALLEKIRJOITA MYÖS SEURAAVALLA SIVULLA OLEVA SUOSTUMUS

POTILASTIETOJEN SAATAVUUS ERI TOIMINTAYKSIKÖISSÄ - LUOVUTUSSUOSTUMUS JA SUOSTUMUS TEKNISEN KÄYTTÖYHTEYDEN AVAAMISEEN

Kun hoitoon on yhdistetty sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluita, on tärkeää, että hyvän hoitonne turvaamiseksi teidän hoitoon liittyvä tieto saa näkyä eri yksiköissä riippumatta siitä, missä yksikössä ja mihin rekisteriin tieto on tallennettu. Potilastietoja kirjataan terveydenhuollon yksiköissä (esim. terveyskeskus, kotihoito, työterveyshuolto) ja sosiaalihuollon yksiköissä (esim. asumispalvelusyksikkö, omaishoito, perheneuvola) omiin rekistereihinsä.

Sosiaalihuollossa syntyvät potilastiedot on erotettava terveydenhuollon potilastietojärjestelmän tiedoista eikä hoitoon liittyvä tieto siirry ilman teidän suostumustanne esimerkiksi kotihoidon tai asumispalvelun ja terveyskeskuksen välillä. Potilas- ja asiakastietojen käyttäminen eri toimintayksiköiden välillä edellyttää lain mukaan potilaan/asiakkaan kirjallista suostumusta (luovutussuostumus).

Luovutussuostumuksen tarkoittamia tietoja käytetään vain hoitosuhteessa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi esimerkiksi siirryttäessä kotipalvelun asiakkuudesta terveyskeskukseen tai toisin päin. Luovutussuostumus tarkoittaa myös sitä, että lääkäri pystyy tarkastelemaan hoitajan kirjaamaa tietoa sekä hoitaja lääkärin antamia ohjeita esim. kotihoidossa.

Tämä tarkoittaa sitä, että hoitoon liittyviä, siihen tarvittavia tietoja voidaan tarkastella hoitoon osallistuvien ammattilaisten välillä potilasturvallisuuden turvaamiseksi.

POTILASTIETOJEN SAATAVUUS ERI TOIMINTAYKSIKÖISSÄ - LUOVUTUSSUOSTUMUS JA SUOSTUMUS TEKNISEN KÄYTTÖYHTEYDEN AVAAMISEEN

Olen tutustunut tiedotteeseen ja annan suostumukseni siihen, että Järvenpään kaupungin terveyskeskuksella ja sosiaalihuollon toimintayksiköillä on oikeus avata rekisterinsä minua koskeviin tarpeellisiin salassa pidettäviin tietoihin tekninen käyttöyhteys tietojen luovuttamiseksi toisilleen henkilökohtaisen terveyden- ja sairaanhoitoni järjestämiseksi ja toteuttamiseksi.

Suostumus kattaa kaikki minusta tallennetut ja myös suostumuksen antamisen jälkeen tallennettavat tiedot. Suostumus on voimassa toistaiseksi.

Voin halutessani kirjallisesti peruuttaa antamani suostumuksen.

Voin halutessani kirjallisesti kieltää erikseen määrittelemieni tietojen luovuttamisen.

Päivämäärä _____

Hoidettavan allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Päivämäärä _____

Työntekijän allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____