

Hoidettavan tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
	Lähiomainen (nimi, osoite, puhelin)	
Hoitajan tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
	Hoitaja on <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> muu omainen <input type="checkbox"/> naapuri, läheinen <input type="checkbox"/> muu hoitaja, kuka _____	
	Hoitaja on ansiotyössä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Hoidettavan asuminen	Asunnon kunto <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> huono	
	Muuta huomioon otettavaa	
	Liikuntakyky <input type="checkbox"/> liikuntakykyinen <input type="checkbox"/> liikuntakyky rajoittunut <div style="margin-left: 150px;">tarvittavat apuvälineet</div> <input type="checkbox"/> keppi/sauvat <input type="checkbox"/> kävelyteline/rollaattori <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> muu, mikä _____	
	<input type="checkbox"/> vuodepotilas	
	Aistitoiminnot Näkö <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea Kuulo <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> alentunut <input type="checkbox"/> kuuro Puhe <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> epäselvä <input type="checkbox"/> afasia	

Hoidettavan toimintakyky	Suoriutumiskyky	itsenäisesti	rajoittunut	täysin autettava
	Pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Henkinen tila	<input type="checkbox"/> normaali, ikää vastaava <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> levoton <input type="checkbox"/> masentunut <input type="checkbox"/> sekava <input type="checkbox"/> aggressiivinen <input type="checkbox"/> kontaktikyvytön		
	Muuta huomioitavaa			
	Saako hakijan Kelan maksamaa hoitotukea	<input type="checkbox"/> kyllä, _____ €/kk <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> haussa		
	Lääkitys	<input type="checkbox"/> pystyy itse huolehtimaan <input type="checkbox"/> ei pysty itse huolehtimaan		
	Avun ja hoidon tarve	Avun tarve yöllä	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> usein	
Muut tarvittavat hoitotoimenpiteet				
	Hakijan tai tietojen antajan allekirjoitus ja päiväys			
	____ / ____ 200		nimenselvennys	