

Omsorgsavdelningen/Manelius
Vretavägen 19
25700 Kimito

Effektiverat serviceboende
Demensavdelning
Institutionsvård
Dagverksamhet
Övrigt _____

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Ansökan emottagits / 20__

SÖKANDENS PERSONUPPGIFTER	Namn		Personbeteckning	
	Näradress och telefonnr.			
	Postnummer och -anstalt		Yrke (f.d)	
	Familjeförhållanden <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> ogift		<input type="checkbox"/> frånskild <input type="checkbox"/> samboende	
NÄRMASTE ANHÖRIG	Maka/ make		Personbeteckning	
	Annan anhörig/ intressebevakare (namn, adress, telefonnummer)			
HÄLSOTILLSTÄND	Diagnos			
VÄRDBIDRAG	Erhåller sökande vårdbidrag från FPA <input type="checkbox"/> Ja _____ € <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ansökan inskickad ___ / ___ 20			
BOENDE	Bostaden är <input type="checkbox"/> Egnahemshus <input type="checkbox"/> Radhus <input type="checkbox"/> Höghus <input type="checkbox"/> i egen ägo <input type="checkbox"/> hyresbostad <input type="checkbox"/> lätt serviceboende <input type="checkbox"/> utan bostad			
	Jag bor <input type="checkbox"/> ensam <input type="checkbox"/> tillsammans med _____		Till förfogande finns <input type="checkbox"/> hiss <input type="checkbox"/> trappor	
	Uppvärmning <input type="checkbox"/> el/olja <input type="checkbox"/> annan, vad _____			
	Bekvämligheter <input type="checkbox"/> vattenledning <input type="checkbox"/> avlopp <input type="checkbox"/> inneWC <input type="checkbox"/> varmvatten <input type="checkbox"/> dusch <input type="checkbox"/> badkar			
	Tilläggsuppgifter om boende			

Rörelseförmåga	<input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> begränsad <input type="checkbox"/> rörelsehindrad <input type="checkbox"/> använder hjälpmedel, vilka? _____
Sinnen	Syn <input type="checkbox"/> god <input type="checkbox"/> svag <input type="checkbox"/> blind Hörsel <input type="checkbox"/> god <input type="checkbox"/> svag <input type="checkbox"/> döv <input type="checkbox"/> använder hörapparat
Psykiskt tillstånd	<input type="checkbox"/> saklig, lugn <input type="checkbox"/> minnesstörningar <input type="checkbox"/> virrig, orolig <input type="checkbox"/> övrigt _____

BEHOV AV VÅRD

Dagliga funktioner	självständigt	behöver lite hjälp	behöver hjälp
Ätande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC besök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håller urin och avföring	<input type="checkbox"/> normalt	<input type="checkbox"/> tidvis	<input type="checkbox"/> bristfällig

HJÄLP UTIFRÅN

Anhörigas insatser Hurudan hjälp?	
Hemservice	<input type="checkbox"/> regelbunden _____ ggr/ <input type="checkbox"/> tillfällig
Hemsjukvård	<input type="checkbox"/> regelbunden _____ ggr/ <input type="checkbox"/> tillfällig
Stödservice	<input type="checkbox"/> matservice <input type="checkbox"/> transportservice <input type="checkbox"/> badservice <input type="checkbox"/> trygghetstelefon <input type="checkbox"/> klädvård <input type="checkbox"/> övrigt _____
Övrig öppen vård	<input type="checkbox"/> dag-center <input type="checkbox"/> personlig assistent <input type="checkbox"/> stöd för närståendevård <input type="checkbox"/> periodvis i intervallvård <input type="checkbox"/> familjevård <input type="checkbox"/> _____
Datum och underskrift	
Eventuell intressebevakares underskrift	
Person, till vem beslutet delges	Namn Näradress och telefonnr. Postnummer och -anstalt