

## KÄYTTÄJÄN TIEDOT

Äidinkieli: <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Ruotsi <input type="checkbox"/> Venäjä <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Käyttäjä asuu <input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Toisen kanssa, kenen? <input type="checkbox"/> Koira <input type="checkbox"/> Kissa	

## TERVEYDENTILA JA LISÄTIEDOT

<b>Turvapuhelimen tarpeen peruste:</b>			
<input type="checkbox"/> Ikääntyminen	<input type="checkbox"/> Sairaus	<input type="checkbox"/> Vamma	
<input type="checkbox"/> Sydänsairaus, mikä?			<input type="checkbox"/> Sydämen tahdistin
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Halvaus
<input type="checkbox"/> MS-tauti	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Krooninen vti	<input type="checkbox"/> Kaatuilua
<input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> Dementia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> RR-tauti
<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Sekavuutta	<input type="checkbox"/> Muistamattomuutta	<input type="checkbox"/> Huimausta
<b>Heikentynyt:</b> <input type="checkbox"/> Näkö <input type="checkbox"/> Kuulo <input type="checkbox"/> Puhe <input type="checkbox"/> Liikkuminen			
<b>Lääkitys:</b> <input type="checkbox"/> Marevan <input type="checkbox"/> Nitro/suihke <input type="checkbox"/> Insuliini			
Lääkeaineallergiat:			
<b>Muuta tietoa terveydentilasta:</b>			
<input type="checkbox"/> 2 auttajaa			
<b>Apuvälineet:</b>			
<input type="checkbox"/> Kuulolaite	<input type="checkbox"/> Keppi/sauvat	<input type="checkbox"/> Rollaattori	<input type="checkbox"/> Pyörätuoli
<input type="checkbox"/> Happirikastin	<input type="checkbox"/> Muu:		

## LISÄTIETOJA

<b>Asumisolosuhteet, ajo-ohjeet:</b>
--------------------------------------

<b>Omaiset (sukulaissuhde) / yhteyshenkilö:</b>	
<b>Nimi</b>	<b>Puh</b>
<b>Nimi</b>	<b>Puh</b>
<b>Ilmoitetaanko omaisille sairaalaan joutumisesta</b>	
<b>Yöaikaan</b> <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	<b>Muuna ajankohtana</b> <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

<b>Säännölliset bruttotulot</b>	<b>Hakija, euroa/kk</b>	<b>Puoliso, euroa/kk</b>
Kansaneläke		
Asumistuki		
Rintamalisä		
Ylimääräinen rintamalisä		
Hoitotuki		
Työeläke, mistä?		
Muut tulot, mitkä?		
Yhteensä		

<b>Toimiston merkintöjä</b>
Hakemus saapunut _____ Aloituspäivä _____
<input type="checkbox"/> Turvapuhelinasiakas <input type="checkbox"/> Tukiasiakas Kotihoidon tiimi _____

Asiakas antaa allekirjoituksellaan luvan turvapalvelua koskevien tietojen hankkimiseen ja luovuttamiseen muille asiakkaan hoitoa ja tutkimusta toteuttaville tahoille.

Päiväys

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Asiakkaan allekirjoitus

**Lahden kaupunki**

**Sosiaali- ja terveystieteiden virasto**

Kotihoidon tukipalvelut / turvapalvelu

Aleksanterinkatu 24 B, 15140 LAHTI

Puhelin 050 398 7119, Fax (03) 818 2000

[kotihoidonturvapalvelut.sotevi@lahti.fi](mailto:kotihoidonturvapalvelut.sotevi@lahti.fi)