

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

<b>Hakijan henkilötiedot</b>  <b>Tehostetun palvelupaikan omaava asukas ei tarvitse hakemusta vaippoihin.</b>  <b>Kyselyt Porin hoitotarvikkeja- kelu, 02 621 3756</b>  <b>Hakemus palautetaan Maantiekatu 31 28120 Pori</b>	Sukunimi		Etunimi	
	Henkilötunnus		Lähiosoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelinnumero	
	Lähiomainen		Lähiomaisen puhelinnumero	
<input type="checkbox"/> <b>vaipat, kulutusmäärä –arvio</b> _____ kpl/vrk <input type="checkbox"/> <b>haavahoitotuotteet:</b> haavahoito tehdään _____ x viikossa  Haavahoitotarvikkeita haettaessa: haavahoidon <b>aloittamispäivämäärä / missä haavahoito aloitettu</b> _____  <b>haavojen sijainti ja koko:</b> _____  <b>käytössä olevat tuotteet:</b> _____  <b>missä/kuka hoitaa:</b> _____  esim. Satasairaala/haavapkl, jalkaterapeutti, lvo , kotihoito, palvelukodin hoitajat ym.				
<b>Tietoja hakijan lähiverkostosta</b>	<b>Asuuko:</b> <input type="checkbox"/> yksin kotona <input type="checkbox"/> asumispalvelu <input type="checkbox"/> vammaispalvelu <input type="checkbox"/> vanhuspalvelu <input type="checkbox"/> palvelukoti/ palvelutalo <input type="checkbox"/> ryhmäkoti <input type="checkbox"/> perhekoti <input type="checkbox"/> muu/mikä:		<b>Kenen kanssa asuu:</b> <input type="checkbox"/> puolison kanssa kotona <input type="checkbox"/> hoitaja <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> muu, kuka:	
	Hoitava lääkäri tai terveyskeskus/ työterveyshuolto/ sairaala			
<b>Kotihoito</b>	<b>Kotihoito: Kotihoidon yhteystiedot:</b>  <input type="checkbox"/> ei käy <input type="checkbox"/> käy _____ x päivä _____ x viikko _____ x kuukausi			
	<b>Kaikki sairaudet, jotka diagnosoitu</b>			
<b>Sairaudet</b>	<b>Liikkumisen apuvälineet/ Muisti- testin tulos MMSE ja päivämäärä</b>			



<b>Virtsa- ja ulosteongelmat</b>  <b>Lapsen kohdalla tätä kohtaa ei tarvitse täyttää. Riittää lääkärin diagnosoima vamma, kehitysvamma tai sairaus</b>	<p>Valitse sopivin vaihtoehto</p> <table><tr><td>1. virtsa karkaa ilman ponnistusta (esim. makuulla)</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>2. seisomaan noustessa tai kävellessä</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>3. ponnistuksessa esim. yskiessä/aivastaessa</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>4. haittaako se jokapäiväisiä askareita</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>5. pelkäätekö, että muut huomaavat vaivanne</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>6. joudutteko luopumaan menoistanne (kyläily ym)</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>7. joudutteko käyttämään suojavaippoja-tai siteitä</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>8. tuleeko vaippaan ulostetta</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>9. onko oireistanne haittaa joka päivä</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr><tr><td>10. onko virtsankarkailu kestänyt yli 3kk</td><td>Ei</td><td>Joskus</td><td>Hyvin usein</td></tr></table>	1. virtsa karkaa ilman ponnistusta (esim. makuulla)	Ei	Joskus	Hyvin usein	2. seisomaan noustessa tai kävellessä	Ei	Joskus	Hyvin usein	3. ponnistuksessa esim. yskiessä/aivastaessa	Ei	Joskus	Hyvin usein	4. haittaako se jokapäiväisiä askareita	Ei	Joskus	Hyvin usein	5. pelkäätekö, että muut huomaavat vaivanne	Ei	Joskus	Hyvin usein	6. joudutteko luopumaan menoistanne (kyläily ym)	Ei	Joskus	Hyvin usein	7. joudutteko käyttämään suojavaippoja-tai siteitä	Ei	Joskus	Hyvin usein	8. tuleeko vaippaan ulostetta	Ei	Joskus	Hyvin usein	9. onko oireistanne haittaa joka päivä	Ei	Joskus	Hyvin usein	10. onko virtsankarkailu kestänyt yli 3kk	Ei	Joskus	Hyvin usein
1. virtsa karkaa ilman ponnistusta (esim. makuulla)	Ei	Joskus	Hyvin usein																																						
2. seisomaan noustessa tai kävellessä	Ei	Joskus	Hyvin usein																																						
3. ponnistuksessa esim. yskiessä/aivastaessa	Ei	Joskus	Hyvin usein																																						
4. haittaako se jokapäiväisiä askareita	Ei	Joskus	Hyvin usein																																						
5. pelkäätekö, että muut huomaavat vaivanne	Ei	Joskus	Hyvin usein																																						
6. joudutteko luopumaan menoistanne (kyläily ym)	Ei	Joskus	Hyvin usein																																						
7. joudutteko käyttämään suojavaippoja-tai siteitä	Ei	Joskus	Hyvin usein																																						
8. tuleeko vaippaan ulostetta	Ei	Joskus	Hyvin usein																																						
9. onko oireistanne haittaa joka päivä	Ei	Joskus	Hyvin usein																																						
10. onko virtsankarkailu kestänyt yli 3kk	Ei	Joskus	Hyvin usein																																						
<b>Potilaan suostumus ja allekirjoitus</b>  <b>Ilman allekirjoitusta hakemusta ei käsitellä</b>  <b>Hakemus palautetaan Maantiekatu 31, 28120 Pori</b>	<p><b>Suostun</b>, että hoitotarvikehakemustani käsiteltäessä perusturvan hoitaja/terveydenhoitaja tai lääkäri voivat tutustua asiaan liittyviin sairauskertomustietoihini.</p> <p><input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu, <b>Tässä tapauksessa liitän mukaan hakemusta tukevat asiakirjat/tutkimukset.</b></p> <p>Päiväys ja asiakkaan (tai hänen edunvalvojansa) allekirjoitus ja nimenselvennys</p> <p>____/____/20____</p> <p>Päiväys Allekirjoitus Nimenselvennys</p>																																								
<b>Päätöksen toimitusosoite, mikä muu kuin asiakkaan</b> (päätos toimitetaan postitse)	<p>Nimi:</p> <p>Osoite:</p> <p>Postinumero ja postitoimipaikka:</p> <p>Puhelinnumero:</p>																																								
<b>Päätös</b>	<p>Päätöksen tekijä täyttää</p> <p><input type="checkbox"/> Hyväksytään tietyin perustein:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Hylätään:</p> <p>_____</p> <p>Määräaika hyväksynnälle</p> <p><input type="checkbox"/> Toistaiseksi <input type="checkbox"/> Määräaikaisesti ____/____20__ saakka, jos vaiva jatkuu, voi tehdä uuden hakemuksen</p>																																								