

HOITOTARVIKEHAKEMUS

- Haapajärvi
 Pyhäjärvi
 Reisjärvi

HENKILÖTIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
		Asuuko yksin <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

SAIRAUS / VAMMA JA ARVIOITU HOITOAIKA	<hr/> <hr/> <hr/>
TARVITTAVAT HOITOTARVIKKEET MÄÄRÄ esim. kpl/vrk KOKO	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Hoitotarvikkeita myönnetään ainoastaan pitkäaikaiseen yli 3 kuukautta kestäväan tarpeeseen. Hoitotarvikkeiden luovuttamisen edellytyksenä on todellinen tarve ja kirjallinen päätös. Hoitovälineiden käyttö ja kulutus tapahtuu henkilökunnan valvonnassa. Kerrallaan luovutettujen tarvikkeiden määrä ei saa ylittää kolmen kuukauden arvioitua kulutusta.</p>
ALLEKIRJOITUS	<hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Paikka ja aika Hakijan allekirjoitus </div>

Hakemus toimitetaan ao. yksikköön:

Haapajärven terveyskeskus
 Kotihoidonohjaaja
 Männistökatu 6
 85800 HAAPAJÄRVI

Pyhäjärven terveyskeskus
 Kotihoidonohjaaja
 Potilaspolku 4
 86800 PYHÄSALMI

Resjärven terveyskeskus
 Kotihoidonohjaaja
 Savikontie 1
 85900 REISJÄRVI

Saapumispäivämäärä ____/____/20____