

 Haapajärvi Pyhäjärvi Reisjärvi

HENKILÖTIEDOT	Nim	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
		Asuuko yksin <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
PALVELUT	Haetaan seuraavaa palvelua: <input type="checkbox"/> Turvapuhelin (lankapuhelimeen) 12€/kk <input type="checkbox"/> GSM turvapuhelin 20,48€/kk + liittymämaksu + puhelinmaksu <input type="checkbox"/> Lisäranneke 6 €/ kk <input type="checkbox"/> Ovihälytyn 10e/kpl/kk päällä klo _____ <input type="checkbox"/> GSM-kortti turvapuhelimeen <input type="checkbox"/> Hälytyskäynti 20e/käynti (kun ei ole kotihoidon asiakas)	
PALVELUA KOSKEVAT TIEDOT	Kenelle hälytykset: (ympyröi valitut vaihtoehdot) 1. KOTIHOITO 2. OMAINEN: klo _____ välisenä aikana puh. _____ 3. YÖPARTIO Omainen: Nimi ja puh _____ : Huoneiston / talon avain _____ (mistä saatavissa) <input type="checkbox"/> kotihoidolle avain <input type="checkbox"/> yöhoidolle avain Sairaudet: <input type="checkbox"/> Sydänsairaus <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Muistisairaus Lääkitys: <input type="checkbox"/> Nitro <input type="checkbox"/> Marevan <input type="checkbox"/> Astmalääkitys <input type="checkbox"/> Epilepsialääkitys Muuta erityistä: <input type="checkbox"/> Kuuro <input type="checkbox"/> Sokea <input type="checkbox"/> _____ Puolison sairaudet: <input type="checkbox"/> Sydänsairaus <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Epilepsia Puolison lääkitys: <input type="checkbox"/> Nitro <input type="checkbox"/> Marevan <input type="checkbox"/> Astmalääkitys <input type="checkbox"/> Epilepsialääkitys	
ALLE-KIRJOITUS	Paikka ja aika _____/____/200____	Hakijan allekirjoitus (poikkeustapauksessa hakijan edustaja, omainen tai holhooja)

Hakemus toimitetaan:

Anu Tanhuala, kotihoidon ohjaaja

Haapajärven kotihoito

Männistökatu 6, 85800 HAAPAJÄRVI

Saapumispäivä ____/____/20____

Tilattu ____/____/20____