



Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi

Turvapalveluhakemus

Kotihoito/ Turvapalvelut
PL 167
50130 Mikkeli
puh. (015) 1941

Hakemus saapunut ___/___/20___

Vastaanottaja _____

Hakija	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin (koti):
	Postin. ja- toimipaikka:	Matkapuhelin:
Asia	Haetaan <input type="checkbox"/> Perinteinen turvapuhelin <input type="checkbox"/> Kulunvalvonta (esim. ovihälytin) <input type="checkbox"/> Elektroninen, lääkkeenotosta muistuttava, lääkekello. <input type="checkbox"/> Paikannus ominaisuudella varustettu turvahälytin Auttajatoimintaa varten asiakkaan on luovutettava asunnon avain turvapalveluiden käyttöön. Avain toimitetaan turvapalveluihin laitteen asennuksen yhteydessä.	
Asunnon avain	<input type="checkbox"/> Asiakkaalla on avain valmiina luovutettavaksi	
Olosuhteet	<u>Hakija asuu:</u> <input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Avo-/ aviopuolison kanssa <input type="checkbox"/> Muun asuinkumppanin kanssa <u>Lähiomainen:</u> _____ <u>Puh:</u> _____ <u>Lemmikkieläimet:</u> <input type="checkbox"/> Kissa <input type="checkbox"/> Koira <u>Palvelut:</u> <input type="checkbox"/> Kotihoito (kunnallinen) <input type="checkbox"/> Kotihoito (yksityinen)	
	Jatkuu kääntöpuolella →	



Turvapalveluhakemus

Terveystila	<p><u>Tarpeen peruste:</u> <input type="checkbox"/> Ikääntyminen <input type="checkbox"/> Sairaus <input type="checkbox"/> Vamma</p> <p>Sydänsairaus, mikä? _____ , <input type="checkbox"/> Sydämen tahdistin</p> <p><input type="checkbox"/> RR-tauti <input type="checkbox"/> Reuma <input type="checkbox"/> Halvaus <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> MS-tauti <input type="checkbox"/> Huimausta <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer</p> <p><input type="checkbox"/> Dementia <input type="checkbox"/> Muistamattomuutta <input type="checkbox"/> Sekavuutta <input type="checkbox"/> Kaatuilua</p> <p><input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus, mikä: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Syöpäsairaus, mikä: _____</p> <p><u>Heikentynyt:</u> <input type="checkbox"/> Näkö <input type="checkbox"/> Puhe <input type="checkbox"/> Kuulo <input type="checkbox"/> Liikkuminen</p> <p><u>Lääkitys:</u> <input type="checkbox"/> Marevan <input type="checkbox"/> Nitro tbl <input type="checkbox"/> Nitro suihke (Dinit) <input type="checkbox"/> Insuliini (pistettävä)</p> <p><u>Lääkeaineallergiat:</u> _____</p> <p>Terveystilaan ja / tai toimintakykyyn liittyvät lisätiedot: _____</p> <p>_____</p>
Suostumus	<p>Annan suostumukseni siirtää seuraavia terveystilaani koskevia tietoja turvapuhelinhälytysten vastaanottokeskukseen:</p> <p><input type="checkbox"/> edellä mainitut terveystilaani ja toimintakykyäni kuvaavat tiedot - ja lisätiedot</p> <p><input type="checkbox"/> edellä mainitut lääkitystiedot ja tieto mahdollisista lääkeaineallergioista</p> <p><input type="checkbox"/> annan suostumukseni sopimuksen jälkeen terveystilassani tapahtuvien ja palvelun tuottamiseen tarvittavien tietojen luovuttamiseen.</p>
Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus	<p>_____/____20____</p>

PALVELUN TUOTTAJA TÄYTTÄÄ:

Laitteiston asennuspäivä: ____/____20____ . Asunnon avaimen luovutuspäivä: ____/____20____

Allekirjoitukset: _____

Asiakas / hänen edustajansa

Työntekijä

Palvelun päättämispäivä: ____/____20____ . Asunnon avaimen palautuspäivä: ____/____20____

Allekirjoitukset: _____

Asiakas / hänen edustajansa

Työntekijä