

Hoidettava: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____ Puh: _____

Siviilisäätö: _____ Ammatti: _____

Lähiomainen: _____

Osoite: _____ Puh: _____

Hoitaja: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____ Puh: _____

Siviilisäätö: _____ Ammatti: _____

Sukulaisuussuhde hoidettavaan: _____ Verotuskunta: _____

Pankki ja tilin numero: _____

Hoitaja asuu hoidettavan kanssa:

hoitajan taloudessa

yhteisessä taloudessa

hoidettavan taloudessa

eri taloudessa

HOITOON LIITTYVÄT TIEDOT

Hoidettavan sairaudet:

Hoidettavan henkinen tila:

asiallinen

rauhallinen

aloitekykyinen

ajan ja paikan

tajuinen

muistamaton

sekava ja levoton

ajoittain sekava

aggressiivinen

muuta: _____

Hoidettavan erityistoiminnot:

Näkö: _____ Kuulo: _____ Puhe: _____

Virtsaaminen: _____

Vatsan toiminta: _____

Liikkuminen: _____

Käytössä olevat apuvälineet: _____

Allergiat: _____

Hoitava lääkäri: _____

Saako kotihoidon palveluja ja mitä: _____

Missä päivittäisissä toiminnoissa hoidettava tarvitsee apua:

Liikkuminen, millä tavalla: _____

Vuoteesta nouseminen

Peseytyminen

Pukeutuminen

Syöminen

WC-käynnit

Lääkehuolto

Muu apu, mikä: _____

Muut hoitoon ja huolenpitoon liittyvät asiat, jotka hoitaja suorittaa (esim. ruokailun järjestäminen, asiointit, kodinhoito):

Päiväys ja allekirjoitus: _____ / _____ 20____
