

## ANSÖKAN TILL DYGNETRUNT VÅRD

Ansökan inkommit  
Ansökan behandlats i SAS-gruppen

### Klientens personuppgifter

Efternamn och förnamn (understrecka tilltalsnamnet)		Personbeteckning
Nuvarande näradress		
Postnummer och postanstalt		
Telefonnummer	Hemkommun enligt befolkningsdatalagen	
Civilstånd <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> änka/änkling <input type="checkbox"/> frånskild		
Maka/makes namn	Maka/makes personbeteckning	

### Anhörig / Ombud / Intressebevakare

Förnamn och efternamn	<input type="checkbox"/> närstående <input type="checkbox"/> ombud <input type="checkbox"/> intressebevakare
Näradress	
Postnummer och postanstalt	Telefonnummer

### Beslutet skickas till

Förnamn och efternamn	
Näradress	
Postnummer och postanstalt	Telefonnummer

### Boende

<input type="checkbox"/> höghus <input type="checkbox"/> egnamahemshus <input type="checkbox"/> radhus <input type="checkbox"/> annat <input type="checkbox"/> bor ensam <input type="checkbox"/> bor tillsammans med _____
Mera information (exempelvis brister i boendet)

## Utomstående hjälp

<input type="checkbox"/> regelbunden hemvård	_____ ggr/vecka	<input type="checkbox"/> tillfällig hemvård
<input type="checkbox"/> anhörig, vem/vilka?	_____	_____ ggr/vecka
	_____	_____ ggr/vecka
<input type="checkbox"/> någon annan, vem?	_____	_____ ggr/vecka
<input type="checkbox"/> regelbunden korttidsvård (intervall)		<input type="checkbox"/> tillfällig korttidsvård

## Stödtjänster

<input type="checkbox"/> matservice	<input type="checkbox"/> transportservice	<input type="checkbox"/> hjälp med hygien	<input type="checkbox"/> butikstjänst
<input type="checkbox"/> dagverksamhet	<input type="checkbox"/> hjälp via frivilligarbete	<input type="checkbox"/> trygghetsservice	

## Närståendevård

<input type="checkbox"/> får inte stöd för närståendevård
<input type="checkbox"/> får stöd för närståendevård, vårdarens namn _____

## Funktionsförmåga

	<input type="checkbox"/> självständigt ytterom hemmet	<input type="checkbox"/> självständigt inomhus	<input type="checkbox"/> hjälpmedel i form av käpp, rollator el.dyl.
<b>Rörlighet</b>	<input type="checkbox"/> rullstol, kan själv förflytta sig till stolen	<input type="checkbox"/> rullstol, behöver hjälp att komma i/ur stolen	<input type="checkbox"/> rör sig mycket lite, stort behov av hjälp
<b>Påklädning</b>	<input type="checkbox"/> självständigt eller med lite hjälp	<input type="checkbox"/> behöver mycket hjälp	<input type="checkbox"/> helt och hållet i behov av hjälp
<b>Tvätt</b>	<input type="checkbox"/> självständigt eller med lite hjälp	<input type="checkbox"/> behöver mycket hjälp	<input type="checkbox"/> helt och hållet i behov av hjälp
<b>Wc-besök</b>	<input type="checkbox"/> självständigt eller med lite hjälp	<input type="checkbox"/> behöver mycket hjälp	<input type="checkbox"/> helt och hållet i behov av hjälp
<b>Urinblåsans funktion</b>	<input type="checkbox"/> känner behov	<input type="checkbox"/> tidvis inkontinent	<input type="checkbox"/> fortgående inkontinent <input type="checkbox"/> använder blöja
<b>Magens funktioner</b>	<input type="checkbox"/> känner behov	<input type="checkbox"/> tidvis oförmåga att kontrollera tarmen	<input type="checkbox"/> använder blöja
<b>Uppvärmning av mat</b>	<input type="checkbox"/> självständigt eller med lite hjälp	<input type="checkbox"/> behöver mycket hjälp	<input type="checkbox"/> helt och hållet i behov av hjälp
<b>Måltider</b>	<input type="checkbox"/> självständigt eller med lite hjälp	<input type="checkbox"/> behöver mycket hjälp	<input type="checkbox"/> helt och hållet i behov av hjälp
<b>Städning</b>	<input type="checkbox"/> självständigt eller med lite hjälp	<input type="checkbox"/> behöver mycket hjälp	<input type="checkbox"/> helt och hållet i behov av hjälp
<b>Klädvård</b>	<input type="checkbox"/> självständigt eller med lite hjälp	<input type="checkbox"/> behöver mycket hjälp	<input type="checkbox"/> helt och hållet i behov av hjälp
<b>Att sköta sina egna ärenden</b>	<input type="checkbox"/> självständigt eller med lite hjälp	<input type="checkbox"/> behöver mycket hjälp	<input type="checkbox"/> helt och hållet i behov av hjälp

<b>Kommunikation med andra människor (syn, hörsel, kommunikation)</b>	<input type="checkbox"/> inga problem	<input type="checkbox"/> problem, hurudana?	
<b>Minnet</b>	<input type="checkbox"/> normalt minne	<input type="checkbox"/> tidvis minneslös	<input type="checkbox"/> minneslös
<b>Problem relaterade till minnessjukdom</b>	<input type="checkbox"/> råddig eller orolig	<input type="checkbox"/> aggressiv	<input type="checkbox"/> desorienterad
<b>Känslor som försvårar boendet hemma</b>	<input type="checkbox"/> rädd	<input type="checkbox"/> otrygg	<input type="checkbox"/> ensam
<b>Hallucinationer</b>	<input type="checkbox"/> har inte hallucinationer	<input type="checkbox"/> har hallucinationer (ex. syn- och hörselhallucinationer)	
<b>Intag av mediciner</b>	<input type="checkbox"/> självständigt eller med lite hjälp	<input type="checkbox"/> behöver mycket hjälp	<input type="checkbox"/> helt och hållet i behov av hjälp
<b>Förekommer det problem med missbruk av mediciner, alkohol eller övriga rusmedel?</b>	<input type="checkbox"/> nej		<input type="checkbox"/> ja

**Hur tycker klienten själv att han/hon klarar sig hemma för tillfället?**

bra     ganska bra     ganska dåligt     dåligt

**Grunder för ansökan om dygnetrunt vård samt beskrivning av orsaker, varför boendet inte kan fortsätta i sökandes nuvarande hem**

**Klientens egen åsikt / önskemål gällande boende**

## Önskemål samt motiveringar gällande vårdplats

Önskemål gällande vårdplatsen tas i mån av möjlighet i beaktande då beslutet görs. Den erbjudna platsen ska i regel tas emot inom en vecka.

## Medgivande och underteckning

Enligt lagen om klientens och patientens ställning och rättigheter (812/2000) 12 § ska klienten och klientens lagliga företrädare lämna de uppgifter som behövs för ordnandet och förverkligandet av socialvård.

Jag ger mitt tillstånd till att nödvändig information för att servicen ska kunna beviljas får granskas.

Tidpunkt och plats

Underskrift

---

---

(sökande, i undantagsfall sökandes representant, anhörig eller intressebevakare)

Person som hjälpt till att göra ansökan, namn och telefonnummer

---

## Ansökan returneras till

Lovisa stad  
Grundtrygghetscentralen/Seniorservicen  
Servicehandledare Linda Ahlberg  
Öhmansgatan 4, 07900 Lovisa