

Lisätietoja	
--------------------	--

**Edellä olevat tiedot vakuutan arvioni ja tietojeni perusteella oikeiksi.
Tällä hakemuksella voi tarvittaessa arvioida myös läheishoivan vapaapäivien tarvetta.**

Hoidettava valtuuttaa allekirjoituksellaan hoitajan omaishoitoon liittyvien asioiden hoitajaksi.

___ / __.20___
päiväys

Hoidettavan allekirjoitus

Hoitajan allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys

Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö tai hakemuksen täyttänyt henkilö, jos muu kuin hakija

Nimi _____

Puhelinnumero _____

Osoite _____

Virka-asema tai tehtävänimike jos viranomainen _____

HAKEMUKSEN PALAUTUS:

Ylä-Savon Sote/ Omaishoidon tuki
Satamakatu 10 – 12
74100 IISALMI

LIITTEET 1. Lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön lausunto toimintakyvystä

Lisätietoja hakemuksen täyttämiseen saa

Asiakasneuvonta OHJURI puh. 040 712 1190

avoinna: MA-KE klo 9.00 - 15.00, TO 9.00 - 14.00, PE 9.00 - 15.00

Allekirjoituksella hyväksyn yhteisrekisterien käytön:

Onnistunut omaishoito edellyttää hoito -ja palvelusuunnitelman tekemistä ja tietojen vaihtoa asiakkaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden ja palvelua tuottavien muiden tahojen kanssa. Hoitooni osallistuvat työntekijät ja palvelua tuottavat muut tahot vaihtavat keskenään minua koskevia tietoja, jotka ovat tarpeen omaishoidon toteutuessa, salsapitovelvollisuuden estämättä sitä.

Terveydenhuollon rekisterit:

- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Julkinen terveydenhuolto

Sosiaalihuollon rekisterit:

- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Kotipalvelu
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Vanhainkoti
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Omaishoito
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Palveluasuminen