



Kalajoen kaupunki
Kotiin annettavat palvelut
Lankilantie 48
85100 Kalajoki

TURVAPUHELINHAKEMUS

hakemuksen saapumispäivä ___/___20___

HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet _____

Henkilötunnus _____ Puhelin _____

Osoite _____

TURVAPUHELIMEN TARPEEN PERUSTE:

Ikääntyminen Sairaus Vamma

Turvapuhelimen lisälaitteet:

Lisäranneke Ovihälytin

TURVAPUHELIMEN KÄYTTÄJÄN TERVEYDENTILAAN LIITTYVIÄ TIETOJA

Hakijalla on:

<input type="checkbox"/> Sydänsairaus mikä _____	<input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> Reuma
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Krooninen VTI	<input type="checkbox"/> Kaatuilua
<input type="checkbox"/> Halvaus	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Huimausta
<input type="checkbox"/> MS-tauti	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sekavuutta
<input type="checkbox"/> Keuhkohtauma- tauti (COPD)	<input type="checkbox"/> Verenpainetauti	<input type="checkbox"/> Muistamattomuutta
	<input type="checkbox"/> Dementia	
	<input type="checkbox"/> Epilepsia	

Hakijalla on heikentynyt:

<input type="checkbox"/> Näkö	<input type="checkbox"/> Puhe
<input type="checkbox"/> Kuulo	<input type="checkbox"/> Liikkuminen

Lääkitys:

<input type="checkbox"/> Marevan	<input type="checkbox"/> Insuliini
<input type="checkbox"/> Nitro	<input type="checkbox"/> Lääkeaineallergiat _____

Apuvälineet:

<input type="checkbox"/> Kuulolaite	<input type="checkbox"/> Happirikastin
<input type="checkbox"/> Keppi/sauvat	<input type="checkbox"/> Sydämentahdistin
<input type="checkbox"/> Rollaattori	<input type="checkbox"/> Muu: _____
<input type="checkbox"/> Pyörätuoli	

Muuta tietoa terveydentilasta _____

Hakija asuu: yksin toisen kanssa: _____

Hakija tarvitsee 2 auttajaa: kyllä ei Hakijan lemmikkieläimet: kissa koira

OMAISET/YHTEYSHENKILÖT

Nimi _____ Puhelin _____

Sukulaissuhde _____

Nimi _____ Puhelin _____

Sukulaissuhde _____

Nimi _____ Puhelin _____

Sukulaissuhde _____

AUTTAMISTOIMINTA (kuka hoitaa hälytyskäynnit)

Klo _____ Nimi _____ Puhelin _____

Klo _____ Nimi _____ Puhelin _____

Klo _____ Nimi _____ Puhelin _____

Vara-avain:

Turvapuhelinhälytysten vuoksi tarvitsemme asunnon avaimen tai tiedon vara-avaimen säilytyspaikasta. Avain luovutetaan asiakkaalle/omaiselle turvapuhelimen palautuksen yhteydessä.

Paikka ja päivämäärä

_____ / _____ 20_____

Hakijan allekirjoitus