

Hoidettavan nimi: _____

Hetu _____ puhelin _____

Osoite _____

Hoidettavan kotikunta _____

Saako hoidettava Kelan maksamaa eläkkeensaajan tai lapsen hoitotukea?

 Ei Kyllä _____ €/kk

Mitä kaupungin palveluita on järjestetty hoidettavalle?

Kuinka kauan hoidettava selviytyy yksin kotona _____ tuntia/päivässä

Hoitajan nimi: _____

Hetu _____ puhelin _____

Osoite: _____

Hoitaja on hoidettavan puoliso sisar vanhempi lapsi muu _____Hoitaja käy työssä ei kyllä

Hoitajan ammatti ja työpaikka _____

Onko hoitaja jäänyt pois työstä hoitamaan hoidettavaa ei kylläHoitaja asuu yhdessä hoidettavan kanssa erillään

Lisätietoja _____

Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi ja annamme oikeuden tietojen tarkastamiseen.

____/____ 200__

_____ hoidettava

_____ hoitaja

peruspalvelukuntayhtymä

Hoidettavan informointi ja suostumus

Lähiomainen ja yhteyshenkilö kotihoitoon jolle omaishoitoon liittyviä asiakas- ja potilastietojani voi luovuttaa

En suostu tietojeni luovuttamiseen

Asiakas on saanut tiedotteen asiakas- ja potilastietojensa käsittelystä, tarkistusoikeudesta sekä tiedon korjaamisesta ____ / ____ 200 ____ .

Suostun siihen, että omaishoidossa tarvittavia terveydentilaa ja kotihoitoa koskevia tietoja voidaan tallentaa Kallion peruspalvelukuntayhtymän terveydenhoidon osittain yhteisesti pidettävään asiakasrekisteriin. Hoitooni osallistuva Kallion kotihoidon henkilöstö voi hoitoni niin vaatiessa katsella ja kirjata näitä tietojani siltä osin kuin heidän tehtävänsä edellyttävät.

En suostu tietojeni yhteiskäyttöön

Tietojenkäsittelyoikeus ja tietojen luovuttaminen koskee asiakkaan kuluvaan omaishoidon hoito- ja palvelujaksoa.

/ 200

Hoidettavan allekirjoitus