



VANHUSPALVELUT

Omaishoidon tuki
puh. 050 560 7776

Hoitajan nimi _____

Hoidettavan nimi _____

Kuukausi _____

Päivä

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____
30. _____
31. _____

Paikka ja aika _____ / _____ 20_____

omaishoitajan allekirjoitus

OMAISHOIDON TUKI
HOITOILMOITUS

Hetu (alkuosa) _____

Hetu (alkuosa) _____

Vuosi 20 _____

TÄRKEÄÄ!

Laita rasti, jos **YLI 7 PÄIVÄN**
hoidossa olo johtuu muusta kuin
hoidettavan sairaudesta,
esim. hoitaja sairaana: _____ (X)

ILMOITA, JOS HOIDETTAVA
SIIRTYY PYSYVÄSTI HOITOON
KODIN ULKOPUOLELLE.
MILLOIN SIIRTYNYT:

Hoitoilmoitus palautetaan hoitokuukautta seuraavan kuukauden 5. päivään mennessä nimellä ja osoitteella: Omaishoidon ohjaaja Armi Raninen
Sairaalantie 11, 42100 JÄMSÄ