

TURVAPUHELINHAKEMUS

Ikäihmisten palvelut
Asiakasohjaus
Nokian valtatie 25 F
37100 NOKIA

Hakemus saapunut _____

Tilaus tehty _____

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
LÄHIOSOITE	Puhelin kotiin
YHTEYSHENKILÖN nimi, osoite ja puhelinnumero (yhteydenotto laitteen asentamiseksi ja avaimen saamiseksi)	

Yhteyshenkilöt turvahälytyksen tullessa

1.Omaisena/muu nimi	Puhelinnumero	<input type="checkbox"/> Toimii auttajana <input type="checkbox"/> Ilmoitus, jos turvahälytyksen johdosta soitetaan suoraan 112.
2.Omaisena/muu nimi	Puhelinnumero	
3.Omaisena/muu nimi	Puhelinnumero	

*Auttajana toimiminen tarkoittaa, että turvahälytyksen tullessa, AddSecure on ensisijaisesti yhteydessä omaiseen, jolla on mahdollisuus tehdä kotikäynti. Jos omaiset eivät toimi auttajana, AddSecure tekee hälytyksestä kotikäynnin.

*AddSecure ei ilmoita omaiselle/muu turvakäynnistä. Turvakäynnistä jää dokumentti kotiin. Poikkeuksena ambulanssia vaativat tilanteet.

KÄYTTÄJÄN TERVEYDENTILAAN LIITTYVIÄ TIETOJA

Käyttäjällä on

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verenhennuslääkitys | <input type="checkbox"/> MS-tauti | |
| <input type="checkbox"/> Reuma | <input type="checkbox"/> ALS | |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Muistisairaus | |
| <input type="checkbox"/> Verenpainetauti | | |
| <input type="checkbox"/> Kaatuilua | <input type="checkbox"/> Alentunut kuulo | <input type="checkbox"/> Sekavuutta |
| <input type="checkbox"/> Huimausta | <input type="checkbox"/> Heikentynyt näkö | <input type="checkbox"/> Muistamattomuutta |

DNR-päätös, dokumentin säilytyspaikka: _____

Muu, mikä: _____

Käytössä olevat apuvälineet

Rollaattori Pyörätuoli Sydämentahdistin

Muu, mikä: _____

Riskit

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ei riskiä | <input type="checkbox"/> Tarttuva tauti (MRSA, ESBL, HIV tms.) |
| <input type="checkbox"/> Obeesi/kaksi auttajaa | <input type="checkbox"/> Väkivaltainen (asiakas itse tai omainen) |
| | <input type="checkbox"/> Koira/kissa |

Lisälaitteet

- Lisäranneke (puolisolle)
- Dementiaranneke (kelloon)
- Paikantava turvakello (vaatii kaksi yhteyshenkilöä)
- Ovihälytin, päällä klo: _____

ALLEKIRJOITUS (aika, paikka ja allekirjoitus)

Samalla suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.

TURVAPUHELIN KÄYTTÄJÄ

Käyttäjä vahvistaa allekirjoituksellaan hyväksyvänsä henkilö- ja terveydentilaansa koskevien tietojen liittämisen AddSecuren turvapuhelin ja hoiva Oy:n asiakasrekisteriin. Asiakasrekisteriä käyttävät AddSecuren turvapuhelinpalveluun osallistuvat työntekijät. Tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeisiin. Käyttäjä voi halutessaan tarkistaa itseään koskevat rekisterin tiedot. Virheellinen tieto korjataan käyttäjän pyynnöstä. Turvapuhelinhälytykset nauhoitetaan asianmukaisen palvelun turvaamiseksi