|  |
| --- |
| **TURVAPUHELINHAKEMUS**Ikäihmisten palvelut/Asiakasohjaus Hakemus saapunut \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nokianvaltatie 25 A 3.krs.37100 Nokia 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. Omaisen/muu nimi
 | Puhelinnumero | [ ]  Toimii auttajana [ ]  Ilmoitus, jos turvahälytyksen johdosta soitetaan suoraan 112.  |
| 1. Omaisen/muu nimi
 | Puhelinnumero |
| 1. Omaisen/muu nimi
 | Puhelinnumero |

\*Auttajana toimiminen tarkoittaa, että turvahälytyksen tullessa, AddSecure on ensisijaisesti yhteydessä omaiseen, jolla on mahdollisuus toimia auttajana/nostoapuna. Jos omaiset eivät toimi auttajana, AddSecure tekee tarvittaessa hälytyksestä kotikäynnin.

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

**KÄYTTÄJÄN TERVEYDENTILAAN LIITTYVIÄ TIETOJA**

**Käyttäjällä on**

[ ]  Verenohennuslääkitys

[ ]  Reuma [ ]  MS-tauti

[ ]  Astma [ ]  ALS

[ ]  COPD [ ]  Epilepsia

[ ]  Diabetes [ ]  Parkinson

[ ]  Verenpainetauti [ ]  Muistisairaus; Mikä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Kaatuilua [ ]  Alentunut kuulo [ ]  Sekavuutta

[ ]  Huimausta [ ]  Heikentynyt näkö [ ]  Muistamattomuutta

[ ]  DNR-päätös, dokumentin säilytyspaikka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Muu, mikä:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Käytössä olevat apuvälineet**

[ ]  Rollaattori [ ]  Pyörätuoli [ ]  Sydämentahdistin

[ ]  Muu, mikä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Riskit**

[ ]  Ei riskiä

[ ]  Obeesi/kaksi auttajaa

[ ]  Tarttuva tauti (MRSA, ESBL, HIV tms.)

[ ]  Väkivaltainen (asiakas itse tai omainen)

[ ]  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**