

HOITOTARVIKEHAKEMUS

Vaipat

PVM: ____ . ____ .20 ____

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymä
PL 46
05800 Hyvinkää

Asiakkaan nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Sairaudet (Dg): _____

Pituus: _____ Paino: _____

Milloin virtsan-/ulostekarkailun oireet ovat alkaneet: _____

Miten ja milloin virtsan tai ulosteen karkailu esiintyy:

Haitta-astelomake liitteenä :

Virtsaamispäiväkirja liitteenä:

Onko karkailua tutkittu, missä, milloin? _____

Onko karkailuun lääkehoito, muu hoito, mikä? _____

Asuminen: Koti Kaupungin asumispalvelu Yksityinen hoitokoti

Liikkuminen ja apuvälineet: _____

WC:ssä käynti: Itsenäisesti Avustettuna

Tällä hetkellä käytössä olevat vaipat, joita nyt haetaan hoitotarvikejakelun kautta:

_____ määrä/vrk _____

_____ määrä/vrk _____

Yhteyshenkilö ja puhelinnumero:
