



Sukunimi	
Etunimi	
Henkilötunnus	
Osoite	
Asiakkaan oma puhelinnumero	
Ovihälytin	Kyllä _____ Ei _____
Asiakkaan sairaudet ja allergiat	
Kotilääkitysohjeen paikka kotona ja lääkehoidon toteuttaminen	
Apuvälineet	
Orientaatio – esim. muistivaikeuksia	
Lähiomainen, keneen voi ottaa yhteyttä	
Muuta huomioitavaa esim. hoitotahto, riskitiedot, edunvalvonta	
Avainten luovuttaminen	_____ kpl _____ päivämäärä
Kotihoidon sähköinen ovenavaus	_____ käytössä _____ ei käytössä
Asiakkaan/ omaisen allekirjoitus ja nimenselvennys ja päivämäärä	

Hakemuksen palautus:

Hyrnsalmi, Suomussalmi, Ristijärvi, Paltamo
Kajaani, Vuolijoki
Kuhmo
Sotkamo

Asiakasohjaus, Välskärinkuja 2, 89600 Suomussalmi
Asiakasohjaus, Kehräämöntie 5 2. krs, 87400 Kajaani
Asiakasohjaus, Kainuuntie 82, 88900 Kuhmo
Asiakasohjaus, Keskuskatu 9, 88600 Sotkamo