

Ilmoita tällä lomakkeella, mikäli omaishoidossa on tapahtunut alla mainittuja muutoksia kalenterikuu-
kauden aikana.
Lomake tulee palauttaa omaishoidon yksikköön hoitokuukautta seuraavan kuukauden 6. päivään men-
nessä.

Omaishoitajan nimi	Henkilötunnus
Omaishoidettavan nimi	Henkilötunnus

Omaishoitaja ei ole vastannut omaishoidettavan hoidosta ajalla (keskeytyksen alkamispäivä – keskeytyksen päättymispäivä)

Omaishoidon keskeytymisen syy (valitse oikea vaihtoehto)

Hoidettavan sairaalahoito, sairaala missä ollut?

Hoidettavan muu äkillinen hoitajakso, hoitolaitos missä ollut? (ennalta sovittuja, säännöllisiä lyhytaikaisjaksoja ei tarvitse ilmoittaa)

Alle 18-vuotias hoidettava hoidossa ympärivuorokautisesti muualla kuin kotona (myös toisen huoltajan luona), missä?

Hoitajan terveydentilasta johtuva keskeytys (lääkärintodistus, katso omaishoidon myöntämisperusteet)

Muu syy, mikä?

Lisätietoja

Paikka ja aika

Omaishoitajan allekirjoitus

Lomakkeen palautus:

Omais- ja perhehoidon palvelut
Kaikukatu 7
45100 Kouvola

Omais- ja perhehoidon palvelut
Karhulantie 30
48600 Kotka

(Kouvolan postilaatikko sijaitsee hoitotarvikejakelun vieressä Savonkadun puolella)