



Tornio

OMAISHOIDON TUEN HOITOILMOITUS

Hoitoilmoitus _____ kuulta 20__

HOIDETTAVAN NIMI _____

Hoidettava meni **intervalli / lomajaksolle** _____ (Mihin)
____ / ____ 20__ klo ____

Hoidettava on haettu kotiin ____ / ____ 20__ klo ____

Kotona ollut **sijaishoitaja** ____ / ____ 20__ - ____ / ____ 20__

Hoidettava on ollut sairauden vuoksi **sairaalahoidossa**

____ / ____ 20__ - ____ / ____ 20__

Jos hoito keskeytyy tilapäisesti hoidettavan terveydentilasta johtuvasta syystä, hoitopalkkion maksaminen keskeytyy kuukauden kuluttua. Mikäli hoito keskeytyy muusta kuin terveydellisestä syystä, hoitopalkkio keskeytyy seitsemän päivän kuluttua.

Hoitaja on ollut sairaala / laitoshoidossa tai muun syyn vuoksi ei ole ollut hoitotyössä

____ / ____ 20__ - ____ / ____ 20__

Jos hoitaja on ollut poissa edellä mainittujen syiden vuoksi, hoitopalkkion maksaminen keskeytyy seitsemän vuorokauden kuluttua.

Hoitajan allekirjoitus

Nimen selvennys

Allekirjoittajana voi olla vain omaishoitaja.

**HOITOILMOITUS ON TOIMITETTAVA OMAISHOIDONTUESTA VASTAAVALLE
VIRANHALTIJALLE SEURAAVAN KUUKAUDEN 5.PÄIVÄÄN MENNESSÄ.**

**Palveluneuvonta
Sairaalakatu 1
95400 Tornio**