



Kittilä

Kittilän kunta
Sosiaali- ja terveystalokunta
Valtatie 15, 99100 Kittilä

TURVAPUHELIN / HÄLYTYSLAITEHAKEMUS

PALAUTUS: Kittilän kunta

Kotihoidon ohjaaja

Valtatie 15

99100 Kittilä

Hakemus vastaanotettu

Hakijan tiedot	Sukunimi	Henkilötunnus
	Etunimet (alleviivaa kutsumanimi)	
	Lähiosoite	
	Postinumero ja – toimipaikka	Puhelinnumero
Haen	☐ TURVAPUHELIN ☐ GSM-LISÄLAITE ☐ HÄLYTYSPALVELU ☐ LANGATON TURVAPUHELIN (toimii ulkona) MUU LISÄLAITE ☐ Toinen ranneke ☐ Ovihälytin ☐ Hellavahti ☐ Palovaroitin ☐ Muistuttava lääkedosetti	
Allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Hakijan allekirjoitus	

MUISTATTEHAN TÄYTTÄÄ MYÖS STELLA-TURVAPUHELINPALVELUN TILAUSSOPIMUSLOMAKKEEN JA PALAUTTAA SEN TÄMÄN LOMAKKEEN MUKANA KOTIHOIDON OHJAAJALLE (PALAUTUSOSOITE TÄMÄN LOMAKKEEN YLÄLAIDASSA).



Turvapuhelinpalvelun tilaussopimus

Tilauspv _____ Toivottu asennuspv. _____ klo: _____
Hälytyskoodi _____
Avaimen säilytyspaikka _____

Käyttäjän tiedot

Etunimi _____ Sukunimi _____
Lähiosoite _____
Postinumero _____ -toimipaikka _____ Ovikoodi: _____
Puhelin _____ Hetu _____
Äidinkieli ☐ Suomi ☐ Ruotsi ☐ Muu: _____

Maksajan tiedot

☐ Sama kuin käyttäjä

Nimi _____ Sähköposti _____
Laskutusosoite _____
Postinumero _____ -toimipaikka _____ Puhelin _____

Tilattavat palvelut

- ☐ Turvapuhelin lankalinjaan ☐ Turvapuhelin GSM-linjaan ☐ Hälytysten vastaanotto ☐ Turva-auttamiskäynnit
Lisälaitteet: ☐ Lisäranneke ☐ Palovaroitin ☐ Hellavahti
☐ Ovihälytin ☐ Häikävaroitin ☐ Lääkeautomaatti
☐ Liittymä GSM-turvapuhelimeen

Auttajatahot

1. klo _____ Nimi _____ Puhelin _____
2. klo _____ Nimi _____ Puhelin _____
3. klo _____ Nimi _____ Puhelin _____

Turvapuhelimen käyttäjän terveydentilaan liittyviä tietoja

- ☐ Sydänsairaus, mikä: _____
☐ Keskushermostosairaus, _____
☐ Muistisairaus, mikä: _____
☐ Verenohennuslääkitys ☐ Verenpainetauti ☐ Keuhkohtaumatauti
☐ Astma ☐ Reuma ☐ Krooninen virtsainfektio
☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Vuodepotilas
☐ Muu, mikä: _____
☐ Pyörätuoli ☐ Happirikastin ☐ Kuulolaite ☐ Sydämentahdistin

Lähiomaiset

1. Nimi _____ Puhelin _____
2. Nimi _____ Puhelin _____
3. Nimi _____ Puhelin _____

Laitetiedot (asentava taho täyttää)

- ☐ Laite on valmiina tilaajalla ☐ Laite lähetetään osoitteeseen: _____
☐ Stella asentaa laitteen _____
Laite: (jos laite valmiina) _____ Laite toimitetaan: _____ Laitteen omistaa: _____
Merkki/malli _____ ☐ Ohjelmoituna ☐ Stella ☐ Asiakas
Laitteen sarjanro _____ ☐ Ohjelmoimattomana ☐ Kunta/kaupunki ☐ Muu

Lisätiedot _____

Turvapuhelimen käyttäjä

Pvm _____ Allekirjoitus _____
Nimenselvennys _____

Tilaajan tiedot

(jos eri kuin käyttäjä) Nimi _____ Puhelin _____

Käyttäjä vahvistaa allekirjoituksellaan hyväksyvänsä henkilö- ja terveydentilaansa koskevien tietojen liittämisen Stella Turvapuhelin ja Hoiva Oy:n asiakasrekisteriin. Asiakasrekisteriä käyttävät Stella Turvapuhelin ja Hoiva Oy:n 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. Turvapuhelinpalveluissa noudatetaan kulloinkin voimassaolevaa hinnastoa ja sopimusehtoja.