**Hoitopaikan valinta tilapäisellä asuinpaikkakunnalla**

Saat hoitosuunnitelmasi mukaista hoitoa toisella paikkakunnalla (esim. verenohennus- ja reumapotilaiden kontrollikäynnit, luunmurtumien kontrollit ja lääkepistokset), kun teet kirjallisen ilmoituksen tilapäisen hoidon tarpeesta kahtena kappaleena sekä kakkospaikkakunnan sosiaali- ja terveyskeskukseen että kotikunnan sosiaali- ja terveyskeskukseen.

1. Pyydä **hoitosuunnitelma** omalta hoidostasi vastaavalta sosiaali- ja terveyskeskukselta.
2. Täytä alla olevat tiedot ja lähetä tämä ilmoituslomake ja hoitosuunnitelma **kahtena kappaleena** sille sosiaali- ja terveyskeskukselle, jota aiot käyttää kakkospaikkakunnalla sekä kotikunnan sosiaali- ja terveyskeskukselle. Tee ilmoitus viimeistään **kolme viikkoa ennen ensimmäistä käyntiä.** Kainuun hyvinvointialueen sosiaali- ja terveyskeskusten yhteystiedot löytyvät lomakkeen alareunasta. Ilmoituksen ja hoitosuunnitelman voi toimittaa myös henkilökohtaisesti sosiaali- ja terveyskeskukseen.
3. Ilmoitus täytetään erikseen jokaisesta tilapäisen hoidon tarpeessa olevasta perheenjäsenestä.
4. Lomakkeen liitteeksi liitetään oman hoitovastuukunnan sosiaali- ja terveyskeskuksen laatima hoitosuunnitelma. Voit tulostaa hoitosuunnitelman Omasoten kautta ([omasote.kainuu.fi](https://omasote.kainuu.fi/))

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Henkilötiedot** | Sukunimi |  | | |
| Etunimet |  | | |
| Henkilötunnus | Puhelin | | |
| Lähiosoite |  | | |
| Postinumero ja postitoimipaikka |  | | |
| **Nykyinen hoidosta vastaava sosiaali- ja terveyskeskus** |  | | |  |
| **Tilapäisen hoidon sosiaali- ja terveyskeskus** |  | | |  |
| **Ajanjakso, jolloin palveluja tarvitaan** | .     .      −      .     . | | | |
| Paikka ja päiväys | Allekirjoitus ja nimenselvennys | |  | |

Vastaanotettu sosiaali- ja terveyskeskuksessa \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_

Vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_