Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

# Beställningsavtal gällande trygghetstelefontjänst

Beställningsdatum:

Önskat installationsdatum:

**Information om användaren**

Efternamn och alla förnamn:

Personbeteckning:

Adress (gatuadress, postnummer, postanstalt):

Telefonnummer:

Modersmålet: ☐ finska ☐ svenska ☐ annat, vad:

Information om nyckel: ☐ nyckelgömma ☐ ingen nyckelgömma, två nycklar bör skaffas

Dörrkod:

**Tjänster som beställs**

Lokaliserande säkerhetsklocka ☐ En säkerhetstelefon som inte lokaliserar ☐

**Tilläggsutrustning**

Tilläggsarmband ☐ Dörrlarm ☐

Information om, namnet på och telefonnummer till klient/partner/anhörig som kopplas till tjänsten:

Något annat ☐, vad:

**Hjälpinstans**

Soite ☐

Om det finns andra som hjälper, räkna upp dem nedan.

| | kl.: | namn: | telefonnummer: |
|---|---|---|---|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

**Information om hälsotillståndet hos den som använder trygghetstelefonen**

**Hjälpmedel**

Rullstol ☐ Rollator ☐

Andra hjälpmedel ☐, vad:

**Annan information till hjälpinstanser**

Två hjälpare ☐

Smittsam sjukdom ☐, vad:

Andra saker att notera, vad:

**Nära anhöriga**

| | namn: | telefonnummer: |
|---|---|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

E-postadress för nära anhörig:

E-postadress för nära anhörig:

**Mer information**

**Användare av trygghetstelefon**

Datum

Underskrift och namnförtydligande

**Beställarens/kontaktpersonens uppgifter** (om annan än användaren)

Namn:

Telefon:

**Kontakt gällande installation**

Ska man i fråga om installation kontakta:

☐ den som använder trygghetstelefonen eller

☐ beställaren/kontaktpersonen

I fråga om trygghetstelefontjänster iakttas gällande prislistan och avtalsvillkoren. Ansökningen behandlas snarast möjligt. Du kontaktas när ansökningen har behandlats.

**Ansökningen skickas till adressen:**

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Centret för äldre

Hälsovägen 1

67200 Karleby