HÖFÐI hjúkrunar- og dvalarheimili

Umsókn um dagþjónustu aldraða

Almennar upplýsingar:

Nafn:	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:
☐ Býr einn ☐ Býr með öðrum (hverjum ?)	Netfang:

Aðstandendur:	Heimasími:	GSM-sími:	Netfang:
Fjárhaldsmaður:			
Heimilislæknir, sérfræðingur sem til þekkir			

Ástæða umsóknar:

Núverandi þjónusta:

	Heimahjúkrun (hver og á hvaða tíma)
	Heimaþjónusta (hver og á hvaða tíma)
	Heimsendur matur (hvaða daga)

Fyrri störf:

Áhugamál:

Lýsing á heilsufari/mikilvæg atriði tengd heilsu:

Lyfjanotkun:

Færni:	**Já**	**Nei**		**Já**	**Nei**	**að hluta**
Gengur án hjálpartækis:			Klæðist/háttar:			
Notar staf/grind:			Kemst án hjálpar í bíl:			
Notar hjólastól:			Borðar sjálf/ur:			
Styður sig við vegg/húsgögn:			Þvær sér sjálf/ur:			
Þarf stuðning annars:			Aðstoð við salernisferðir:			
Getur gengið tröppur:						

Andlegt ástand:	**Alltaf**	**að hluta**	**aldrei**
Þarf eftirlit vegna gleymni:			
Þarf eftirlit vegna óróleika:			
Leggur sig:			
Annað:			

Sjón:		Sjóndepra	Blinda	Gleraugu
Heyrn:		Skert	Heyrnatæki	
Fæði, sérþarfir ?				

Annað:

Með undirritun minni, samþykki ég að leitað verði skriflegra upplýsinga hjá heimilislækni mínum, starfsfólki heimahjúkrunar eða öðrum sem þekkja til, ef þörf krefur.

Staður dagsetning | Undirskrift umsækjanda eða móttakanda

Dags. móttöku:	Dags. umfjöllunar:	Á ábyrgð:

Afgreiðsla/svar: