**Umsókn um**

**HVÍLDARINNLÖGN Á HJÚKRUNARHEIMILI**

**Skv. reglugerð nr. 466/2012**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nafn umsækjanda:** | **Kennitala:** | **Símanúmer:** |
|       |       |       |
| **Heimilisfang:** | **Póstnúmer:** | **Staður:** |
|       |       |       |
| **Netfang:**      |  |

Með hvíldarinnlögn er átt við tímabundna dvöl í hjúkrunarrými. Dvölin getur staðið yfir frá nokkrum dögum allt að átta vikum. Markmiðið með hvíldarinnlögn er að gera fólki kleift að búa áfram á eigin heimili með:

[ ]  tímabundinni endurhæfingu

[ ]  reglubundinni hvíldarinnlögn

[ ]  tímabundinni hvíldarinnlögn

Jafnframt getur hvíldarinnlögn verið veitt þegar nákominn einstaklingur sem stutt hefur viðkomandi þarfnast hvíldar eða forfallast skyndilega.

**Umsókn um færni- og heilsumat vegna hvíldarinnlagna:**

Ég undirrituð/undirritaður óska eftir að undirgangast færni- og heilsumat samkvæmt reglugerð um færni- og heilsumat nr. 466/2012 vegna umsóknar um hvíldarinnlögn á hjúkrunarheimili.

**Heimild til upplýsingaöflunar:**

Hér með veiti ég matsaðilum heimild til að afla upplýsinga frá aðilum heilbrigðis- og félagsþjónustu eða öðrum þjónustuaðilum, eftir því sem við á, til stuðnings við gerð matsins. Jafnframt leyfi ég að niðurstaða matsins verði send þeim aðilum sem hafa veitt mér þjónustu. Niðurstaða færni- og heilsumats þarf að liggja fyrir áður en hægt er að sækja um hvíldarinnlögn í hjúkrunarrými.

Undirskrift umsækjanda Staður og dagsetning undirskriftar

|  |
| --- |
|  **Ef umsækjandi getur ekki undirritað sjálfur, tilgreinið þá ástæðu:**      |

      kt.

Nafn og kennitala Tengsl við umsækjanda

**Undirskrift** \* Staður og dagsetning undirskriftar

\* *aðeins ef umsækjandi getur ekki sjálfur skrifað undir*

**Vinsamlegast gefið eins nákvæmar upplýsingar og kostur er á.**

|  |
| --- |
| **Ástæða umsóknar og hugmyndir um tímalengd:**       |

|  |
| --- |
| **Umsögn umsækjanda eða umönnunaraðila**      |

|  |
| --- |
| **Hefur umsækjandi verið í hvíldar-/endurhæfingarinnlögn áður?** Síðustu tvær innlagnir, ef við á:Já [ ]  Nei [ ]  Hvar:       Hvenær:       |

|  |
| --- |
| **Eru sérstakar óskir um hjúkrunarheimili ef umsókn er samþykkt?:**Já [ ]  Nei [ ]  Hvar:       Ef það heimili getur ekki veitt tímanlega þjónustu, kæmi annað heimili til greina?Já [ ]  Nei [ ]  |

**Nánustu aðstandendur:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nafn:** | **Heimilisfang:** | **Símanúmer:** |
|       |       |       |
|       |       |       |

**Nýtur umsækjandi einhverrar eftirtalinnar þjónustu (krossið þar sem við á):**

**Já** **[ ]**  **Nei** **[ ]**  **Aðstoð frá heimahjúkrun, hve oft?**

**Já** **[ ]**  **Nei** **[ ]**  **Aðstoð frá félagslegri heimaþjónustu, hve oft?**

**Já** **[ ]**  **Nei** **[ ]  Heimsendur matur, hve oft**

**Já** **[ ]**  **Nei** **[ ]  Aðstoð frá kvöld- og helgarþjónustu, hve oft?**

**Já** **[ ]**  **Nei** **[ ]**  **Dagdvöl: Hvar og hve oft?**

**Já** **[ ]  Nei** **[ ]**  **Öryggistæki / neyðarhnappur?**

|  |
| --- |
| **Aðstoð frá ættingjum og/eða vinum:**       |

|  |
| --- |
| Heilsugæslustöð umsækjanda:       |
| Nafn heimilislæknis:       |
| Hefur umsækjandi notið þjónustu sérfræðilækna undanfarið ár?        |
| Nafn sérfræðilæknis:       |

**Innlagnir á sjúkrahús (nægir að geta um síðustu 3 innlagnir):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sjúkrahús:** | **Tímabil:** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

**Persónulegir hagir (heimilishagir):**

Býr ein(n) [ ]  Býr með öðrum [ ]

Ógift(ur) [ ]  Gift(ur) [ ]  Ekkill/ekkja [ ]  Fráskilin(n) [ ]

**Líkamleg færni:**

Alveg sjálfbjarga [ ]  Nokkuð sjálfbjarga [ ]  Þarf mikla aðstoð [ ]  Rúmliggjandi [ ]

**Þarf aðstoð við:**

Að klæðast [ ]  Að matast [ ]  Böðun [ ]  Lyfjagjafir [ ]  Salernisferðir [ ]

**Annað, hvað?**

**Umsókn skal fylgja:**

Læknabréf, sjá vef Embættis landlæknis [www.landlaeknir.is](http://www.landlaeknir.is)\*

Inter RAI mat eða hjúkrunarbréf, sjá vef [www.landlaeknir.is](http://www.landlaeknir.is)\*

Félagsráðgjafabréf, ef við á,sjá vef [www.landlaeknir.is](http://www.landlaeknir.is)\*

Lyfjaskömmtunarblað / lyfjakort

\* <http://www.landlaeknir.is/um-embaettid/umsoknir/#faerni-og-heilsumat>

|  |
| --- |
| Er eitthvað sem þú vilt taka sérstaklega fram?       |

**Senda skal umsóknina til viðkomandi færni- og heilsumatsnefnda:**

***Heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins:***

Færni- og heilsumatsnefnd

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins

Þönglabakka 1, 109 Reykjavík

Sími: 585 1300 (mánud., þriðjud., fimmtud.

og föstud. kl. 11–12)

***Heilbrigðisumdæmi Vesturlands:***

Færni- og heilsumatsnefnd

Heilsugæslustöðin í Borgarnesi

Borgarbraut 65, 310 Borgarnesi

Sími: 432 1430

***Heilbrigðisumdæmi Vestfjarða:***

Færni- og heilsumatsnefnd

Heilbrigðisstofnun Patreksfjarðar

Stekkum 1, 450 Patreksfirði

Sími: 450 2000

***Heilbrigðisumdæmi Norðurlands:***

Færni- og heilsumatsnefnd

Heilsugæslan á Akureyri

Hafnarstræti 99, 600 Akureyri

Sími: 460 4600

***Heilbrigðisumdæmi Austurlands:***

Færni- og heilsumatsnefnd

Heilsugæslustöðin á Reyðarfirði
Búðareyri 8, 730 Reyðarfirði
Sími: 470 1420

***Heilbrigðisumdæmi Suðurlands:***

Færni- og heilsumatsnefnd

Heilbrigðisstofnun Suðurlands

v/Árveg, 800 Selfossi

Sími: 480 5100 (þriðjud. 11–12)

***Heilbrigðisumdæmi Suðurnesja:***

Færni- og heilsumatsnefnd

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

Skólavegi 8, 230 Reykjanesbæ

Sími 422 0500