



HEILSUGÆSLUSTÖÐIN  
Á AKUREYRI

TRÚNAÐARMÁL

## Umsókn um heimahjúkrun

### Almennar upplýsingar:

Nafn	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:
Dvöl utan heimilis (vinnustaður, skóli, stofnun):	
<input type="checkbox"/> Býr einn <input type="checkbox"/> Býr með öðrum. Hverjum (maka, börnum o.s.frv.):	
Nánasti aðstandandi:	Kennitala
Heimilisfang:	Sími:
Heimilislæknir og sérfr. sem til þekkja:	

### Eftir hvaða þjónustu er óskað:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aðstoð / eftirlit með lyfjum | <input type="checkbox"/> Morgunþjónusta       |
| <input type="checkbox"/> Aðstoð við pers. hreinlæti   | <input type="checkbox"/> Kvöldþjónusta        |
| <input type="checkbox"/> Sárameðferð                  | <input type="checkbox"/> Helgarþjónusta       |
| <input type="checkbox"/> Eftirlit með blóðþrýstingi   | <input type="checkbox"/> Hjúkrunarbréf fylgir |
| <input type="checkbox"/> Eftirlit með blóðsykri       | <input type="checkbox"/> Annað: _____         |

### Hvers vegna er þjónustu þörf:

--

### Málsvekjandi:

Nafn:	Tengsl við umsækjanda
Heimilisfang/vinnustaður:	Sími:

Staður, dagsetning

Undirskrift málsvekjanda eða móttakanda

Dags. móttöku:

Dags. umfjöllunar:

Á ábyrgð:

### Afgreiðsla/svar:

--

**Sendið til:** Heimahjúkrun, Heilsugæslustöðinni á Akureyri, Hafnarstræti 99, 600 Akureyri