

UMSÓKN UM DVÖL Í SKAMMTÍMADVÖL

Nafn	Kennitala	Sími Farsími
Heimilisfang		Póstnúmer
<input type="checkbox"/> Býr einn <input type="checkbox"/> Býr með öðrum, hverjum?:		
Tímabil sem sótt er um:		
Markmið dvalar:		
þarf aðstoð við:		
<input type="checkbox"/> Klæðnað <input type="checkbox"/> Að borða <input type="checkbox"/> Böðun <input type="checkbox"/> Lyf <input type="checkbox"/> Salernisferðir		
Önnur aðstoð við ADL:		
<input type="checkbox"/> Hjálpartæki <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei Hvaða tæki?:		
Nýtur umsækjandi eftirtalinnar þjónustu (krossið við það sem við á):		
Heimahjúkrun <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Lyfjaskömmun <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	
Hve oft?:	Hvaðan?:	
Heimsendur matur <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Dagvistun <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	
Hve oft?:	Hve oft?:	
Hvaðan?:	Hvar?:	
Sími:	Sími:	
Öryggistæki/neyðarhnappur <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
Önnur aðstoð heima:		
Heimaþjónusta <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
Hve oft?:		

Nánustu aðstandendur/tengiliðir			Tengsl	Símanúmer
Annað sem umsækjandi vill taka fram:				
Áður en umsókn er send þarf umsækjandi að hafa hitt lækni sem skrifar læknaþréf í Sögu varðandi mat á heilsufari og lyfjanotkun				
Heimilislæknir			Læknaþréf: <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	
Sérfræðingur			Læknaþréf: <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	
Eru fyrirhugaðar aðgerðir/meðferðir á næstu mánuðum?:				
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei				
Ef svo er, hverjar?:				
Er umsækjandi með vistunarmat?:				
<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mat í vistrými <input type="checkbox"/> Mat í hjúkrunarrými				
Umsóknnum skal fylgja:				
<input type="checkbox"/> Hjúkrunarupplýsingar/hjúkrunarþréf				
<input type="checkbox"/> Lyfjaskömmunarblað/lyfjakort				

Staður og dagsetning _____

Undirskrift umsækjanda _____