

**Akureyrarbær Öldrunarheimili Akureyrar**

**TRÚNAÐARMÁL**

**Búsetusvið** Austurbyggð 17, 600 Akureyri, sími 460-9100

Glerárgötu 26, 600 Akureyri, sími 460-1410

# Umsókn um dagþjálfun í Hlíð

|  |
| --- |
| **Almennar upplýsingar:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nafn: | Kennitala: |
| Heimilisfang: | Sími:  |
| [ ]  Býr ein/einn[ ]  Býr með öðrum, hverjum?  | Netfang: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nafn aðstandanda og tengsl: | Heimasími: | GSM-sími: | Netfang: |
| Nafn aðstandanda og tengsl: | Heimasími: | GSM-sími: | Netfang: |
| Heimilislæknir og/eða sérfræðingur sem til þekkir: |

|  |
| --- |
| **Markmið með dagþjálfun:**  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Sótt er um:**  |

**[ ]**  Almenn dagþjálfun

**[ ]**  Dagþjálfun fyrir einstaklinga með heilabilun

**[ ]**  Endurhæfingardagþjálfun (tímabundið í 10-16 vikur, sjúkraþjálfunarbeiðni skal fylgja)

|  |
| --- |
| **Færni:**  |

Hver er geta umsækjanda til að sinna athöfnum daglegs lífs, t.d. klæðast, matast, komast um, sinna persónulegu hreinlæti t.d. fara í bað, umsjón lyfja, kaupa inn, þvo þvott og elda:

**[ ]**  Sjálfbjarga

**[ ]**  Þarf létta aðstoð, við hvað? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[ ]**  Þarf mikla aðstoð, við hvað? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota hjálpartæki: Nei **[ ]**  Já **[ ]**  ef já, þá hvaða?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Þjónusta / aðstoð sem umsækjandi nýtir sér í dag:** |

Fjölskylda, vinir og/eða aðrir? Nei [ ]  Já [ ]  ef já, hve oft í viku?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heimahjúkrun? Nei [ ]  Já [ ]  ef já, við hvað, hve oft og á hvaða tímum? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heimaþjónusta? Nei [ ]  Já [ ]  ef já, hvaða og hve oft?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Félagslegur stuðningur, t.d. akstur í búð eða innlit? Nei [ ]  Já [ ]  ef já, hve oft að meðaltali í mánuði?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heimsendur matur? Nei [ ]  Já [ ]  ef já, hve oft í viku?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hvíldarinnlagnir?  Nei [ ]  Já [ ]  ef já, hvenær var síðasta innlögn?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ferliþjónusta / leigubílar? Nei [ ]  Já [ ]  ef já, hve oft í viku?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sjúkraþjálfun? Nei [ ]  Já [ ]  ef já, hve oft í viku?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Öryggistæki / neyðarhnappur? Nei [ ]  Já [ ]  ef já, hvaða? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Önnur þjónusta eða aðstoð sem umsækjandi nýtur? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Lýsing á vitrænni getu:**  |

Minni: Gott **[ ]**  Skert **[ ]**  Slæmt **[ ]**

Ratvísi: Góð **[ ]**  Skert **[ ]**  Slæm **[ ]**

Áttun á stað, tíma og persónum:Góð **[ ]**  Skert **[ ]**  Slæm **[ ]**

Annað? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Lýsing á andlegu heilsufari:** |

Hefur fundið fyrir einhverjum af eftirfarandi einkennum sl. 3-6 mánuði?

Depurð /þunglyndi Nei **[ ]**  Já **[ ]**

Leiða Nei **[ ]**  Já **[ ]**

Áhyggjum/Kvíða Nei **[ ]**  Já **[ ]**

Framtaksleysi Nei **[ ]**  Já **[ ]**

Einmanaleika Nei **[ ]**  Já **[ ]**

Óöryggi Nei **[ ]**  Já **[ ]**

Óróleika / eirðarleysi Nei **[ ]**  Já **[ ]**

Pirringi Nei **[ ]**  Já **[ ]**

Vanmáttarkennd Nei **[ ]**  Já **[ ]**

Annað? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Sjúkdómsgreiningar:**  |

Vinsamlegast svarið eftir bestu vitund eftirfarandi upplýsingum um líkamlega heilsu.

Líkamlegir sjúkdómar? Nei [ ]  Já [ ]  ef já þá hvaða ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heilabilunarsjúkdómar? Nei [ ]  Já [ ]  ef já þá hvaða?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*t.d. Alzheimer, æðakölkun, Lewy body*)

Geðrænir sjúkdómar? Nei [ ]  Já [ ]  ef já þá hvaða?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*t.d. þunglyndi, kvíði, geðhvörf, geðklofi*)

Sjón, heyrnar- eða málskerðing (með bestu hjálpartækjum)? Nei [ ]  Já [ ]  ef já þá hvaða ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Annað?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Fyrirhugaðar meðferðir eða aðgerðir:** |

Eru fyrirhugaðar meðferðir eða aðgerðir á næstu mánuðum? Nei [ ]  Já [ ]  ef já, hvenær\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Er umsækjandi með færni- og heilsumat:** |

Nei [ ]  Já [ ]

|  |
| --- |
| **Annað sem þú vilt taka fram:** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Með umsókn skal fylgja:** |

Skriflegar upplýsingar frá hjúkrunarfræðingi og/eða ráðgjafa

|  |
| --- |
| **Undirritun umsóknar** |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Staður og dagsetning Undirskrift umsækjanda

Ef umsækjandi getur ekki undirritað sjálfur, tilgreinið ástæðu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Undirskrift fyrir hönd umsóknaraðila Tengsl við umsækjanda

|  |
| --- |
| **Umsókn skal berast til:** |

Búsetusvið Akureyrarbæjar

Glerárgötu 26

600 Akureyri

**Sími:** 460-1410

**Tölvupóstfang:** afgreidslabusetudeild@akureyri.is

|  |
| --- |
| **Móttaka og umfjöllun umsóknar:** |

Dags. móttöku:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ábyrgð á móttöku:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dags. umfjöllunar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Reglur um dagdvöl aldraðra á Akureyri:** |

<http://www.akureyri.is/is/moya/page/reglur-um-dagvist-aldradra-1>

Uppfært 27.08.2020