

**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 10-12 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](mailto:afgreidslabusetudeild@akureyri.is)

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

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

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

<https://www.akureyri.is/static/files/reglur-um-dagthjalfun-aldradra-mai-2016-2-.pdf>