



# ÍSAFJARÐARBÆR

fjölskyldusvið

## Umsókn á dagdeild í dagþjálfun fyrir aldraða

### Almennar upplýsingar:

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| Nafn:   | Kennitala: |            |
| Heimilisfang:                                   | Sími:      |            |
| Býr einn<br>Býr með öðrum (hverjum) _____       |            |            |
| Aðstandendur:                                   | Heimasími: | Vinnusími: |
|   |            |            |
|   |            |            |
| Fjárhaldsmaður:                                 |            |            |
| Heimilislæknir eða sérfræðingur sem til þekkir: |            |            |

**Dagdeild/dagþjálfun (hve marga tíma á dag og fjöldi daga):**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Ástæða umsóknar:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Núverandi þjónusta:**

|                               |
|-------------------------------|
| Heimahjúkrun (á hvaða tíma)   |
| Heimaþjónusta (á hvaða tíma)  |
| Heimsendur matur (hvaða daga) |

**Fyrri störf:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Áhugamál:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Lýsing á heilsufari/mikilvæg atriði tengd heilsu:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Lyfjanotkun:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Færni:**

**já    nei**

**já    nei    að hluta**

|                              |  |  |                            |  |  |  |
|------------------------------|--|--|----------------------------|--|--|--|
| Gengur án hjálpartækis:      |  |  | Klæðist/háttar:            |  |  |  |
| Notar staf/grind:            |  |  | Kemst án hjálpar í bíl:    |  |  |  |
| Notar hjólastól:             |  |  | Borðar sjálf/ur:           |  |  |  |
| Styður sig við vegg/húsgögn: |  |  | Þvær sér sjálf/ur:         |  |  |  |
| Þarf stuðning annars:        |  |  | Aðstoð við salernisferðir: |  |  |  |
| Getur gengið tröppur:        |  |  |                            |  |  |  |

**Andlegt ástand:**

**alltaf**

**að hluta**

**aldrei**

|                               |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|
| Þarf eftirlit vegna gleymni:  |  |  |  |
| Þarf eftirlit vegna óróleika: |  |  |  |
| Leggur sig:                   |  |  |  |

Annað:

|                  |  |           |             |          |
|------------------|--|-----------|-------------|----------|
| Sjón:            |  | Sjóndepra | Blinda      | Gleraugu |
| Heyrn:           |  | Skert     | Heyrnartæki |          |
| Fæði, sérþarfir? |  |           |             |          |

**Annað:**

**Með undirritun minni, samþykki ég að leitað verði skriflegra upplýsinga hjá heimilislækni mínum, starfsfólki heimahjúkrunar eða öðrum sem þekkja til, ef þörf krefur.**

\_\_\_\_\_

Staður dagsetning

\_\_\_\_\_

Undirskrift umsækjanda eða móttakanda

Dags. móttöku:

Dags. umfjöllunar:

Á ábyrgð:

**Afgreiðsla/svar:**