

Umsókn um dvöl í hvíldarrými á Hrafnistu í Hafnarfirði

Nafn	Kennitala	Sími	Farsími
Heimilsfang		Póstnúmer	
Býr einn	Býr með öðrum, hverjum:		
Tímabil sem sótt er um: (hámark 42 dagar)		Frá dags:	Til dags:
Markmið dvalar:			
Þarf að aðstoð við :			
Klæðnað	Að borða	Böðun	Lyf Salernisferðir
Önnur aðstoð við ADL:			
Hálpertæki Já Nei Hvaða tæki:			
Nýtur umsækjandi einhverrar eftirtalinnar þjónustu (krossið við það sem við á)			
Aðstoð frá heimahjúkrun	Já	Nei	Lyfjaskömtun Já Nei
Hvað oft:	Sími		Hvaðan:
Heimsendan mat	Já	Nei	Dagvistun Já Nei
Hvað oft:			Hvað oft:

Hvaðan:	Hvar:		
Sími	Sími		
Öryggistæki/neyðarhnappur	Já	Nei	
Önnur aðstoð heima:			
Nánustu aðstandendur /tengiliðir	Tengsl	Símanúmer	
Annað sem umsækjandi vill taka fram:			
Heimislæknir:		Læknabréf:	Já Nei
Sérfræðilæknir:		Læknabréf:	Já Nei
Eru fyrirhugaðar aðgerðir/meðferðir á næstu mánuðum			
Já	Nei	Ef svo er hvaða aðgerðir /meðferðir:	
Er umsækjandi með vistunarmat	Já	Nei	Mat í vistrými Mat í hjúkrunarrými
Umsóknum skal fylgja:			
Hjúkrunarupplýsingar / hjúkrunarbréf			
Lyfjaskömmunarblað / lyfjakort			
RAI mat (ef til er)			
Læknabréf			

Staður og dagsetning _____

Undirskrift umsækjanda _____