



**Sveitarfélagið
Skagafjörður**
Skagfirðingabraut 21, sími:4556000

TRÚNAÐARMÁL

Dagdvöl aldraðra
Heilbrigðisstofnun Norðurland
Sauðárkróki, sími:4535909, gsm:6925909

Umsókn um dagdvöl aldraðra

Almennar upplýsingar:

Nafn:	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:
<input type="checkbox"/> Býr ein/einn <input type="checkbox"/> 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:			

Ástæða umsóknar:

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 léttu aðstoð, við hvað? _____

Þarf miklu 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? _____

Félagsleg virkni:

Tekur umsækjandi reglulega þátt í starfsemi félagasamtaka? Nei Já ef já, hve oft að meðaltali í mánuði? _____

Tekur umsækjandi reglulega þátt í félagslegri virkni utan heimilis, t.d. ferð í heimsóknir, líkamsrækt eða á menningarviðburði? Nei Já ef já, hve oft í mánuði að meðaltali? _____

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)

Geðræni 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? _____

Annað sem þú vilt taka fram:

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:

Dagdvöl aldraðra

Heilbrigðisstofnun Norðurlands

550 Sauðárkróki

Sími: 453-5909

Tölvupóstfang: dagvist@skagafjordur.is

Móttaka og umfjöllun umsóknar:

Dags. móttöku: _____ Ábyrgð á móttöku: _____ Dags. umfjöllunar: _____