Reykjavíkurborg
Heimaþjónusta Reykjavíkur

Álfabakka 16, 109 Reykjavík
Sími: 411 9600 Fax: 4119699 Netfang: heima@reykjavik.is
www.velferdarsvid.is/heimathjonusta

Beiðni um heimahjúkrun

Gert af: _____

Dags.: _____

Dagsetning beiðni:	**Deild - stofnun - sérfræðingur:**	**Persónuupplýsingar:**
		Nafn:
Útskrift áætluð:	**Heimilislæknir:**	
		Kt:
Kom hvaðan:	**Nánasti aðstandandi:**	Heimili:
1. Stofnun ☐	Nafn:	
2. Annað: _____	Sími:	Sími:

Búseta fyrir innlögn:	**Barthel-skali**	**Sjálfur:**	**Með aðstoð:**	**Getur ekki:**	**Dags.**	**Dags.**
1. Eigin íbúð ☐	**Sjálfsumönnun - sjálfsbjörg:**				**Stig**	**Stig**
2. Giftur/gift ☐	1. Drekkur úr bolla					
3. Annað: _____	2. Borðar					
Býr með:	3. Klæðist að ofanverðu					
1. Býr einn ☐	4. Klæðist að neðanverðu					
2. Býr með öðrum ☐	5. Setur á sig spelku					
3. Annað: _____	6. Snyrtir sig					
Sjúkraþjálfun:	7. Þvær sér					
Nei ☐ Já ☐	8. Stjórn á þvaglátum					
Iðjuþjálfun:	9. Stjórn á hægðum					
Nei ☐ Já ☐	**Hreyfigeta:**					
Félagsleg aðstoð:	10. Flutningur í stól					
Nei ☐ Já ☐	11. Flutningur á salerni					
Hjálpartæki:	12. Bað eða sturta					
1. Sjálfbjarga ☐	13. Gengur 50 metra					
2. Hjólastól ☐	14. Stigar					
3. Hækjur ☐	15. Ef hjólastóll, sjálfbjargargeta					
4. Lyftari ☐	(þýtt af Á.Th. ´93)			**Samt.**		
5. Stafur ☐	**Virkar sjúkdómsgreiningar:**					**ICD-10 nr.**
6. Lág-/hágrind ☐						
7. Gengur með aðstoð ☐						
8. Baðbretti/handföng ☐						
9. Upphækkun á salerni ☐	**Virkar hjúkrunargreiningar - vandamál:**					**Nanda Nr.**
10. Öryggishnappur ☐						
Minnispróf:						
MSQ Stig_____						
MMSE Stig_____						

Tjáskipti:	**Áttun:**			**Skammtímaminni:**	
1. Góð ☐	Áttaður á stað	Já ☐	Nei ☐	1. Minni skert	☐
2. Slæm ☐	Ráp og óróleiki	Já ☐	Nei ☐	2. Minni óskert	☐
3. Enginn ☐	Ranghugmyndir	Já ☐	Nei ☐		
Heyrn:	Ofskynjanir	Já ☐	Nei ☐	1. Minni skert	☐
1. Góð ☐	Annað	Já ☐	Nei ☐	2. Minni óskert	☐
2. Slæm ☐	**Ástand við útskrift:**				
3. Enginn ☐					
Sjón:					
1. Góð ☐					
2. Slæm ☐	**Stuðningur í heimahúsi: heimilishjálp, heimahjúkrun, dagvist o.s.frv.**				
3. Enginn ☐					
Sérhæfð meðferð:					
1. Sérhæfð lyfjagjöf ☐					
2. Vökvagjöf ☐	Útskrifast heim: ☐		Dagsetning útskriftar:		
3. Sprautugjöf ☐	**Mat heimahjúkrunar á þörf fyrir þjónustu eftir heimkomu:**				
4. Umbúðaskipti ☐	Mat óskast innan tveggja daga frá útskrift ☐				
5. Annað: _____	Mat óskast innan viku frá útskrift ☐				
Vistunarmat:	**Samantekt heimahjúkrunar á þjónustuþörf. Útfyllt af heimahjúkrun.**				
Já ☐					
Nei ☐					

Gert af: _____

Dags.: