

## Umsókn um heimageðhjúkrun



Reykjavíkurborg  
Velferðarsvið

Heimaþjónusta - Heimahjúkrun

Álfabakka 16, 109 Reykjavík

Sími: 411-9600 Fax: 411-9699

[heima@reykjavik.is](mailto:heima@reykjavik.is) [www.velferdarsvid](http://www.velferdarsvid.is)

Dags; \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_ Kt. \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_

Hs; \_\_\_\_\_ Gsm; \_\_\_\_\_ Vs; \_\_\_\_\_

Búseta:  Eigið húsnæði  vernduð búseta  
 leiguhúsnæði  annað \_\_\_\_\_

Nánasti aðstandandi: \_\_\_\_\_

Hs: \_\_\_\_\_ Gsm: \_\_\_\_\_ VS: \_\_\_\_\_

Nafn umsækjanda; \_\_\_\_\_ Sími; \_\_\_\_\_

Starfsheiti; \_\_\_\_\_ Vinnustaður \_\_\_\_\_

Heimilislæknir: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Geðlæknir: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Aðrir læknar eða meðferðaraðilar: \_\_\_\_\_

Sjúkdómsgreining: \_\_\_\_\_

Ástæða fyrir beiðni: \_\_\_\_\_

Hvaða þætti á að vinna með: \_\_\_\_\_

**Áttun:**

	<b>já</b>	<b>nei</b>		<b>já</b>	<b>nei</b>
áttun á stað	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ofskynjun</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
óróleiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ranghugmyndir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Annað</b>	_____	

**Minni:**

skammtíma  skert  óskert  
langtíma  skert  óskert

**Hefur viðkomandi sýnt ofbeldishegðun ?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Líkamlegt ástand:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lyf:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hvaðan fær viðkomandi lyfin (skömmtun):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tekur viðkomandi lyfin ?** \_\_\_\_\_

**Hefur viðkomandi dvalið á geðdeild? Ef svo, hvar og hvenær?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aðal meðferðaraðili þar:** \_\_\_\_\_

**Nýtur viðkomandi þjónustu Sveitarfélaganna, Heilsugæslunnar eða annarra aðila / stofnanna ? Ef svo er, að hvaða leyti?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hefur viðkomandi samþykkt heimageðhjúkrun ?** \_\_\_\_\_