

Umsókn um heimageðhjúkrun

Dags; _____



Reykjavíkurborg
Heimaþjónusta Reykjavíkur

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar
Heimaþjónusta – Heimaþjónusta
Álfabakka 16, 109 Reykjavík
Sími: 411-9600 Fax: 411-9696

heima@reykjavik.is

www.velferdarsvid.is/heimathjonusta

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:

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

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 ? _____