

Trúnaðarmál

Umsókn um heimahjúkrun

Almennar upplýsingar:

Nafn	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:
Dvöl utan heimilis (vinnustaður, skóli, stofnun):	
<input type="checkbox"/> Býr einn	
<input type="checkbox"/> Býr með öðrum. Hverjum (maka, börnum o.s.frv.):	
Nánasti aðstandandi:	Kennitala
Heimilisfang:	Sími:
Heimilislæknir og sérfr. sem til þekkja:	

Eftir hvaða þjónustu er óskað:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aðstoð / eftirlit með lyfjum | <input type="checkbox"/> Morgunþjónusta |
| <input type="checkbox"/> Aðstoð við pers. hreinlæti | <input type="checkbox"/> Kvöldþjónusta |
| <input type="checkbox"/> Sárameðferð | <input type="checkbox"/> Helgarþjónusta |
| <input type="checkbox"/> Eftirlit með blóðþrýstingi | <input type="checkbox"/> Hjúkrunarbréf fylgir |
| <input type="checkbox"/> Eftirlit með blóðsykri | <input type="checkbox"/> Annað: _____ |

Hvers vegna er þjónustu þörf:

Málsvekjandi:

Nafn:	Tengsl við umsækjanda
Heimilisfang/vinnustaður:	Sími:

Staður, dagsetning

Undirskrift málsvekjanda eða móttakanda

Dags. móttöku:	Dags. umfjöllunar:	Á ábyrgð:
----------------	--------------------	-----------

snú....

Afgreiðsla/svar: