

**Til læknis:**

Vegna umsóknar um:

-
- Félagslega heimaþjónustu
-
- Þjónustuíbúðir
-
- Vistunarmat aldraðra

biðjum við yður vinsamlegast að útfylla eftirfarandi, þar sem nauðsynlegt er að fá sem gleggstar upplýsingar um heilsufar og aðstæður þessa umsækjanda.

Almennar upplýsingar

Nafn:		Kennitala:	
Lögheimili:		Póstnúmer	Símanúmer:
Nafn maka/sambúðaraðila:		Kennitala:	

Lýsing á heilsufari:

Geta sjúklings:

-
- Alveg sjálfbjarga
-
- Nokkuð sjálfbjarga
-
- Þarf mikla hjálp
-
- Rúmliggjandi
-
-
- Þarf aðstoð við heimilishald, hvaða aðstoð?:

Þarf aðstoð við:

-
- Að klæða sig
-
- Að borða
-
- Böðun
-
- Lyfjatöku
-
- Salernisferðir
-
-
- Annað, hvað?:

Hreyfigeta:

Andlegt ástand:

Nýtur umsækjandi einhverrar eftirtalinnar þjónustu (krossið þar sem við á):

- Já Nei Heimþjónusta á vegum Reykjavíkurborgar – Hve oft? _____
- Já Nei Aðstoð frá heimahjúkrun – Hve oft? _____
- Já Nei Dagvistun – Hvar? _____
- Já Nei Matarþjónusta – Hvaðan? _____
- Já Nei Öryggistæki/Neyðarhnappur
- Já Nei Akstursþjónusta
- Já Nei Önnur þjónusta

Dagsetning

Undirskrift

Hægt er að fá upplýsingar og skila inn umsókn á þjónustumiðstöð í þínu hverfi:

Þjónustumiðstöð Vesturbæjar, Miðborgar og Hlíða, Laugavegi 77, s. 411-1600

Þjónustumiðstöð Laugardals og Háaleitis, Efstaleiti 1, s. 411-1500

Þjónustumiðstöð Breiðholts, Álfabakka 12, s. 411-1300

Þjónustumiðstöð Árbæjar og Grafarholts, Hraunbæ 115, s. 411-1200

Þjónustumiðstöð Grafarvogs og Kjalarness-Miðgarður, Gylfaflöt 5, s. 411-1400

Upplýsingar veitir einnig Þjónustuver Reykjavíkurborgar s. 4 11 11 11