

### Umsókn um endurhæfingu

- Þverfagleg endurhæfing með búsetu (hámarks dvöl 2 ár)
- Þverfagleg endurhæfing á dagdeild

### Umsókn um stuðningsþjónustu

- Dagleg virkni og stuðningur
- Hvíldarinnlögn (1-4 vikna dvöl)

Nafn umsækjanda	Kennitala	Símanúmer
Heimilisfang	Póstnúmer	Staður
Netfang		

Nánustu aðstandendur sem má hafa samband við			
Nafn	Tengsl	Símanúmer	Netfang

Eftirfylgd hjá
Heilsugæslustöð umsækjanda:
Nafn heimilislæknis:
Hefur umsækjandi notaði þjónustu sérfræðilækna undanfarið ár? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já
Ef já, nafn læknis

Persónulegir hagir (heimilishagir)
------------------------------------

- Býr ein(n)  Býr með öðrum
- Ógift(ur)  Gift(ur)  Ekkil/ekkjia  Fráskilin(n)

Líkamleg færni
----------------

- Alveg sjálfbjarga  Nokkuð sjálfbjarga  Þarf mikla aðstoð  Rúmleggjandi

Þarf aðstoð við:
------------------

- Að klæðast  Að matast  Böðun  Lyfjagjafir  Salernisferðir

Annað, hvað?

Notar þú hjálpartæki við flutning ?
-------------------------------------

- Nei
- Já, þá hvað?  Hjólastól  Göngugrind  Hækju/staf

**Bráðaofnæmi eða óþol**

Hefur þú bráðaofnæmi?  Nei  Já ef já þá fyrir hverju?

Hefur þú óþol fyrir einhverju?  Nei  Já ef já þá fyrir hverju?

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

- Nei  Já  Aðstoð frá heimahjúkrun, hve oft?  
Nei  Já  Aðstoð frá félagslegri heimaþjónustu, hve oft?  
Nei  Já  Heimsendur matur, hve oft?  
Nei  Já  Aðstoð frá kvöld- og helgarþjónustu, hve oft?  
Nei  Já  Dagdvöl, hvar og hve oft?  
Nei  Já  Ertu með liðveislu, hve oft?  
Nei  Já  Ertu með öryggistæki/neyðarhnapp  
Nei  Já  Nýtir þú ferðaþjónustu fatlaðra

**Hefur umsækjandi nýtt sér einhverrar eftirtalinnar þjónustu (krossið þar sem við á)**

- Talmeinafræðingur Nei  já  ef já, hvar?  
Sálfræðingur Nei  já  ef já, hvar?  
Sjúkraþjálfun Nei  já  ef já, hvar?  
Iðjuþjálfun Nei  já  ef já, hvar?  
Félagsráðgjöf Nei  já  ef já, hver?  
Þjónustumiðstöð Nei  já  ef já, hvar?  
Annað Nei  já  ef já, hvaða þjónustu?

**Innlagnir - nægir að geta um síðustu 2 innlagnir**

- Sjúkrahús  Nei  Já, hvar/hvenær  
Hvíldarinnlögn  Nei  Já, hvar/hvenær  
Endurhæfingardeild  Nei  Já, hvar/hvenær

**Lyf**

- Lyfjanotkun  Nei  Já  
Lyfjaskömmtnun  Nei  Já, hvar

**Heilbrigðisviðhorf**

- Reykingar/tóbak  Nei  Já  
Áfengi  Nei  Já

**Ástæða umsóknar - vinsamlega gefið eins nákvæmar upplýsingar og kostur er á**

Ef þverfagleg endurhæfing á *dagdeild*, hvert er markmið endurhæfingar?

Ef þverfagleg endurhæfing með búsetu, hvert er markmið endurhæfingar?

Ef dagleg virkni og stuðningur, hvert er markmið komu?

Ef hvíldarinnlögn (1-4 vikna dvöl) hvert er markmið með dvöl?

Er eitthvað sem þú vilt sérstaklega taka fram?

#### Heimild til upplýsingaröflunar

Hér með veiti ég matsaðilum heimild til að afla upplýsinga frá aðilum heilbrigðis- og félagsþjónustu eða öðrum þjónustuaðilum, eftir því sem við á, til stuðnings við umfjöllum umsóknar. Farið verður með allar upplýsingar sem trúnaðarmál. Meðferð persónu upplýsinga er samkvæmt lögum nr. 90/2018 um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga.

Undirskrift umsækjanda

Staður og dagsetning undirskriftar

Ef umsækjandi getur ekki undirritað sjálfur, tilgreinið þá ástæðu

*Ef annar en umsækjandi fyllir út umsóknina, vinsamlega tilgreinið hver veitti aðstoðina og tengsl við umsækjanda.*

Undirskrift og kennitala

Tengsl við umsækjanda

Undirskrift og kennitala maka/aðstandenda\*

Staður og dagsetning undirskriftar

*\*aðeins ef umsækjandi getur ekki sjálfur skrifað undir*

**Læknisbréf þarf að fylgja umsókn**