

## Umsókn um dagþjálfun Ísafoldar.

### Almennar upplýsingar:

Nafn:	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:
<input type="checkbox"/> Býr ein/einn <input type="checkbox"/> Býr með öðrum, hverjum?	Netfang:

Nafn aðstandanda og tengsl:	Heimasími:	GSM-sími:	Netfang:
Nafn aðstandanda og tengsl:	Heimasími:	GSM-sími:	Netfang:
Heimilislæknir og/eða sérfræðingur sem til þekkir:			

### Ástæða umsóknar:

---

---

---

---

---

---

### Færni:

Hver er geta umsækjanda til að sinna athöfnum daglegs lífs, t.d. klæðast, matast, komast um, sinna persónulegu hreinlæti t.d. fara í bað, umsjón lyfja, kaupa inn, þvo þvott og elda:

Sjálfbjarga

Þarf léttu aðstoð, við hvað? \_\_\_\_\_

Þarf miklu aðstoð, við hvað? \_\_\_\_\_

Nota hjálpartæki: Nei  Já  ef já, þá hvaða? \_\_\_\_\_

---

### **Þjónusta / aðstoð sem umsækjandi nýtir sér í dag:**

Heimahjúkrun? Nei  Já  ef já, við hvað, hve oft í viku \_\_\_\_\_

Heimaþjónusta? Nei  Já  ef já, hvaða og hve oft? \_\_\_\_\_

Heimsendur matur? Nei  Já  ef já, hve oft í viku? \_\_\_\_\_

Akstursþjónustu Nei  Já  ef já, hve oft í viku? \_\_\_\_\_

Sjúkraþjálfun? Nei  Já  ef já, hvar? \_\_\_\_\_

### **Félagsleg virkni:**

Tekur umsækjandi reglulega þátt í starfsemi félagsamtaka? Nei  Já  ef já, hve oft að meðaltali í mánuði? \_\_\_\_\_

Tekur umsækjandi reglulega þátt í félagslegri virkni utan heimilis, t.d. ferð í heimsóknir, líkamsrækt eða á menningarviðburði? Nei  Já  ef já, hve oft í mánuði að meðaltali? \_\_\_\_\_

### **Sjúkdómsgreiningar:**

Vinsamlegast svarið eftir bestu vitund eftirfarandi upplýsingum um líkamlega heilsu.

Líkamlegir sjúkdómar? Nei  Já  ef já þá hvaða? \_\_\_\_\_

---

---

---

Heilabilunarsjúkdómar? Nei  Já  ef já þá hvaða? \_\_\_\_\_

(t.d. Alzheimer, æðakölkun, Lewy body)

Geðrænir sjúkdómar? Nei  Já  ef já þá hvaða? \_\_\_\_\_

Sjón, heyrnar- eða málskerðing (með bestu hjálpartækjum)? Nei  Já  ef já þá hvaða? \_\_\_\_\_

Annað? \_\_\_\_\_

---

---

## Annað sem þú vilt taka fram:

---

---

## Undirritun umsóknar

Með undirritun minni, samþykki ég að leitað verði viðbótarupplýsinga hjá lækni mínum, starfsfólki heimahjúkrunar eða öðrum sem til þekkja, ef þörf krefur.

---

Staður og dagsetning

---

Undirskrift umsækjanda

Ef umsækjandi getur ekki undirritað sjálfur, tilgreinið ástæðu:

---

---

---

Undirskrift fyrir hönd umsóknaraðila

---

Tengsl við umsækjanda

## Umsókn skal berast til:

Ísafold þjónustumiðstöð - dagþjónusta  
Strikið 3  
210 Garðabæ