

## Umsókn um heimahjúkrun

### Almennar upplýsingar:

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

### Eftir hvaða þjónustu er óskað:

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

### Hvers vegna er þjónustu þörf:

*Með undirskrift sinni samþykkir umsækjandi að deildin leiti frekari upplýsinga um þjónustuþörf hjá fagaðilum sem til þekkja.*

Staður, dagsetning

Undirskrift málsvekjanda eða móttakanda

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

### Afgreiðsla/svar:



HEILBRIGÐISSTOFNUN  
SUÐURLANDS