



Dagdeild Seltjörn Umsókn

Nafn: _____ Kennitala: _____

Heimilisfang: _____ Póstnúmer: _____

Sími: _____ Farsími: _____

Reikningur sendist á: _____ Kennitala: _____

Reikningur: Heimabanka Rafræn skjöl Tölvupóst Bréfpóst

Viðvera, dagar í viku: í viku Mán Þri Mið Fim Fös

Aðstandandi 1: _____ Tengsl: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Aðstandandi 2: _____ Tengsl: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Aðstandandi 3: _____ Tengsl: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Hjúkrunarupplýsingar: Hjúkrunarbréf Læknabréf

Heimahjúkrun: Já Nei Heimilishjálp: Já Nei

Heimsendur matur: Já Nei Öryggishnappur: Já Nei

Lyfjaskömmun: Já Nei Virkt vistunarmat: Já Nei

Sjón: _____ Hjálpartæki: _____

Heyrn: _____

Almenn Færni: _____

Klæðast: _____ Bað: _____

Matur: _____ Hreyfigeta: _____

Félagsstarf/áhugamál:

Fyrri atvinna:

Sjúkdómsgreining:

Ofnæmi:

Annað:

Dagsetning Umsóknar:

Dagsetning Skoðunar ef annar:

Dagsetning Innskriftar:

Kemur með okkar bílum: **Já** **Nei**

Sótt kl ca:

Heimferð kl ca:
