|  |  |
| --- | --- |
| Nafn: | Kennitala: |
| Heimilisfang / Hæð: | Símanúmer: |

|  |
| --- |
| Nánustu aðstandendur |
| Nafn: Sími: |
| Nafn: Sími: |
| Nafn: Sími: |
| Nafn: Sími: |

|  |
| --- |
| **Hjúskapahættir.** Býr ein/einn: Býr með maka: Býr með aðstanendum: |
| **Nýtur aðstoðar.** Heimaþjónusta: Félagsþjónusta:  **Dagar:** |
| **Hver sér um fjármála:**   |  | | --- | | **Reikning í heimabanka: Fá tölvupóst :** | | **Reikning í bréfpósti: Rafrænt skjal:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hreyfigeta:**  Já Nei Gengur án hjálpartækis:  Notar staf/grind Styður sig við veggi/húsg Þarf stuðning annars Getur gengið tröppur | **Andlegt ástand:** Já Nei  Þarf eftirlit vegna gleymsku  Þarf eftirlit vegna óróleika   **Sjón :** Góð. Sjóndepra. Gleraugu. Blinda **Heyrn:** Góð. Skert. Heyrnatæki. |

|  |
| --- |
| **Heimilislæknir:**  **Sjúkdómsgreining:** |

|  |
| --- |
| **Annað/Áhugamál:**  **Viðvera í dagdvöl hve marga daga:**  **Hvaða Daga:** **Mán: Þri: Mið: Fim: Fös:**  **Akstur að heiman: Akstur heim:** |

