|  |  |
| --- | --- |
| 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 NeiGengur án hjálpartækis: Notar staf/grindStyður sig við veggi/húsgÞarf stuðning annarsGetur gengið tröppur | **Andlegt ástand:** Já NeiÞarf eftirlit vegna gleymskuÞarf 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:** |

