**Umsókn um endurhæfingu**

Endurhæfing með sólarhringsþjónustu (6-24 mán)  Endurhæfing í dagþjónustu (3-24 mán)

Viðhaldsendurhæfing í sólarhringsþjónustu (1-4 vikur)  Viðhaldsendurhæfing í dagþjónustu

**Mikilvægt er að fylla út í alla reiti umsóknar til að flýta fyrir afgreiðslu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nafn umsækjanda | | Kennitala | Símanúmer |
|  | |  |  |
| Heimilisfang | | Póstnúmer | Staður |
|  | |  |  |
| Netfang |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nánustu aðstandendur sem má hafa samband við | | |  |
| Nafn | Tengsl | Símanúmer | Netfang |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Eftirfylgd hjá |
| Heilsugæslustöð umsækjanda: |
| Nafn heimilislæknis: |
| Hefur umsækjandi notað þjónustu sérfræðilækna undanfarið ár?  Nei  Já |
| Ef já, nafn læknis/lækna |

|  |
| --- |
| Persónulegir hagir (heimilishagir) |

Býr ein(n)  Býr með öðrum

Ógift(ur)  Gift(ur)  Ekkill/ekkja  Fráskilin(n)

|  |
| --- |
| Líkamleg færni |

Alveg sjálfbjarga  Nokkuð sjálfbjarga  Þarf mikla aðstoð  Rúmliggjandi

|  |
| --- |
| Þarf aðstoð við: |

Að klæðast  Að matast  Böðun  Lyfjagjafir  Salernisferðir

Annað, hvað?

|  |
| --- |
| Notar þú hjálpartæki við flutning ? |

Nei

Já, þá hvað? Hjólastól  Göngugrind  Hækju/staf

|  |
| --- |
| Bráðaofnæmi eða óþol |

Hefur þú bráðaofnæmi ?  Nei  Já ef já þá fyrir hverju?

Hefur þú óþol fyrir einhverju ?  Nei  Já ef já þá fyrir hverju?

|  |
| --- |
| Nýtur umsækjandi einhverrar eftirtalinnar þjónustu (krossið þar sem við á): |

Nei  Já  Aðstoð frá heimahjúkrun, hve oft?

Nei  Já  Aðstoð frá félagslegri heimaþjónustu, hve oft?

Nei  Já  Heimsendur matur, hve oft?

Nei  Já  Aðstoð frá kvöld- og helgarþjónustu, hve oft?

Nei  Já  Dagdvöl, hvar og hve oft?

Nei  Já  Ertu með liðveislu, hve oft?

Nei  Já  Ertu með öryggistæki/neyðarhnapp

Nei  Já  Nýtir þú ferðaþjónustu fatlaðra

|  |
| --- |
| Hefur umsækjandi nýtt sér einhverrar eftirtalinnar þjónustu (krossið þar sem við á) |

Talmeinafræðingur Nei  já ef já, hvar?

Sálfræðingur Nei  já ef já, hvar?

Sjúkraþjálfun Nei  já ef já, hvar?

Iðjuþjálfun Nei  já ef já, hvar?

Félagsráðgjöf Nei  já ef já, hver?

Þjónustumiðstöð Nei  já ef já, hvar?

Annað Nei  já ef já, hvaða þjónustu?

|  |
| --- |
| Innlagnir - nægir að geta um síðustu 2 innlagnir |

Sjúkrahús  Nei  Já, hvar/hvenær

Hvíldarinnlögn  Nei  Já, hvar/hvenær

Endurhæfingardeild  Nei  Já, hvar/hvenær

|  |
| --- |
| Lyf |

Lyfjanotkun  Nei  Já

Lyfjaskömmtun  Nei  Já, hvar

|  |
| --- |
| Heilbrigðisviðhorf |

Reykingar/tóbak  Nei  Já

Áfengi  Nei  Já

|  |  |
| --- | --- |
| Ástæða umsóknar - vinsamlega gefið eins nákvæmar upplýsingar og kostur er á | |
|  | |
| Er eitthvað sem þú vilt sérstaklega taka fram? |
|  |

|  |
| --- |
| Heimild til upplýsingaröflunar |

Hér með veiti ég matsaðilum heimild til að afla upplýsinga frá aðilum heilbrigðis- og félagsþjónustu

eða öðrum þjónustuaðilum, eftir því sem við á, til stuðnings við umfjöllum umsóknar. Farið verður

með allar upplýsingar sem trúnaðarmál. Meðferð persónu upplýsinga er samkvæmt

lögum nr. 90/2018 um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Undirskrift umsækjenda Staður og dagsetning undirskriftar

|  |
| --- |
| Ef umsækjandi getur ekki undirritað sjálfur, tilgreinið þá ástæðu |
|  |

*Ef annar en umsækjandi fyllir út umsóknina, vinsamlega tilgreinið hver veitti aðstoðina og tengsl við*

*umsækjanda.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Undirskrift og kennitala Tengsl við umsækjanda

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Undirskrift og kennitala maka/aðstandenda\* Staður og dagsetning undirskriftar

*\*aðeins ef umsækjandi getur ekki sjálfur skrifað undir*

**Læknisbréf þarf að fylgja umsókn og gögn frá öðrum fagaðilum, séu þau til.**