**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.**