



01-L030-260506

**Læknisvottorð vegna umsóknar um
fjárhagslega aðstoð við
framfærendur fatlaðra og
langveikra barna**

1. Nafn		2. Kennitala
3. Heimilisfang	4. Póstnúmer	5. Staður
6. Heimasími / GSM / vinnusími	7. Netfang	

8. Nafn foreldris/framfæranda	9. Kennitala	10. Sími
11. Nafn foreldris/framfæranda	12. Kennitala	13. Sími
14. Umsókn foreldris/framfæranda send <input type="checkbox"/> svæðisskrifstofu sveitarfélags <input type="checkbox"/> tryggingayfirlækni		

15. Nafn læknis, aðsetur, sími, netfang og læknisnúmer	16. Dagsetning
	17. Undirskrift læknis

Sjúkdómsgreining

18. Aðalmein	19. ICD 10
20. Aukamein	21. ICD 10

Almenn heilsufars- og sjúkrasaga

22.
23. Aðrir læknar sem stundað hafa umsækjanda:

Núverandi fötlun / sjúkdómur

24. Læknisskoðun og niðurstöður rannsókna sem máli skipta. Ef um þroskahömlun er að ræða skal geta um greindar-
eða þroskastig. Ef um hreyfihömlun er að ræða skal tilgreina eðli hennar og dreifingu og áhrif á hreyfigetu

25. Umönnunarþörf – aðstoð vegna athafna daglegs lífs

26. Sértek dagleg þjónusta vegna fatlaðs barns

27. Skammtímavistun / vistun vegna fatlaðs barns

28. Annað, sem læknir telur að skipti máli vegna umsóknar