

## Beiðni um sérhæfða heimahjúkrun barns

Sendist gegnum Heilsugátt Landspítala til:  
 Ingileif Sigfúsdóttir, deildarstjóri, Barnaspítali Hringins  
 eða  
 Jóhanna L. Hjörleifsdóttir, deildarstjóri, Barnaspítali Hringins

<b>Dagsetning beiðni:</b>		<b>Útskrift áætluð:</b>	
<b>Deild/stofnun:</b>			
<b>1. Nafn:</b>		<b>2. Kennitala:</b>	
<b>3. Heimilisfang:</b>		<b>4. Póstnúmer:</b>	<b>5. Sveitarfélag:</b>
<b>6. Heilsugæslustöð:</b>		<b>7. Heimilislæknir:</b>	
<b>8. Skóli barns:</b>		<b>9. Dagvist:</b>	
<b>10. Forsjáraðili / nánasti aðstandandi 1:</b> Nafn:  Heimilisfang:  Sími:  Tölvupóstfang:		<b>11. Forsjáraðili / nánasti aðstandandi 2:</b> Nafn:  Heimilisfang:  Sími:  Tölvupóstfang:	
<b>12. Beiðni um heimahjúkrun:</b> <input type="checkbox"/> Frá lækni <input type="checkbox"/> Frá hjúkrunarfræðingi		<b>13. Barn kemur frá:</b> <input type="checkbox"/> Barnaspítala Hringins <input type="checkbox"/> Annað, hvaðan	

<b>14. Nafn beiðanda:</b>	<b>15. Kennitala beiðanda:</b>
---------------------------	--------------------------------

<b>16. Virkar sjúkdómsgreiningar:</b>	<b>17. ICD:</b>
<b>18. Virkar hjúkrunargreiningar:</b>	<b>19. NANDA:</b>

<b>20. Mat á þörf um sérhæfða hjúkrun barna:</b> Tímabil:  <input type="checkbox"/> Daglega, hversu oft  <input type="checkbox"/> Vikulega, hversu oft	<b>21. Sérhæfð hjúkrun:</b> <input type="checkbox"/> Sérhæfð lyfjagjöf/sprautugjöf <input type="checkbox"/> Vökvagjöf <input type="checkbox"/> Sérhæfð næringargjöf <input type="checkbox"/> Súrefnismeðferð <input type="checkbox"/> Annað, hvað
---	--

<b>22. Líkamlegt, félagslegt og andlegt ástand barns við útskrift:</b> <input type="checkbox"/> Þarf eftirlit <input type="checkbox"/> Háð aðstoð við ADL <input type="checkbox"/> Algerlega háð aðstoð við ADL	<b>23. Hjálpartæki:</b> <input type="checkbox"/> Sjálfbjarga <input type="checkbox"/> Hjólastól <input type="checkbox"/> Lyftari <input type="checkbox"/> Gengur með aðstoð <input type="checkbox"/> Annað, hvað
<b>24. Önnur þjónusta, stuðningur eða þjálfun innan heimilis:</b> <input type="checkbox"/> Heimaþjónusta/heimilishjálp <input type="checkbox"/> Iðjuþjálfun <input type="checkbox"/> Almenna heimahjúkrun <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun <input type="checkbox"/> Annað, hvað	<b>25. Önnur þjónusta, stuðningur eða þjálfun utan heimilis:</b> <input type="checkbox"/> Dagvist <input type="checkbox"/> Iðjuþjálfun <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun <input type="checkbox"/> Annað, hvað

**Lækna- og hjúkrunarbréf, lyfseðlar og hjálpartækjabeiðnir þurfa að fylgja með beiðni.**