



HEILBRIGÐISSTOFNUN
SUÐURLANDS

Umsókn um heimahjúkrun frá HSU

Umsækjandi

Nafn: _____ Kennitala: _____

Heimilisfang: _____ Sími: _____

Nánasti aðstandandi: _____ Netfang: _____

Símanúmer aðstanda: _____

Mat á sjálfbjargargetu:

☐ Alveg sjálfbarga ☐ Nokkuð sjálfbarga ☐ Þarf mikla aðstoð ☐ Rúmliggjandi

Hefur umsækjandi verið áður í heimahjúkrun?

☐ Já ☐ Nei

Tilgreinið hve oft á viku umsækjandi nýtir eftirfarandi þjónustu:

Velferðarþjónusta: _____ Dagdvöl/annaðvirkniúrræði: _____

Heimsendur matur: _____ Önnur þjónusta/aðstoð: _____

Öryggishnappur á heimili:

☐ Já ☐ Nei

Heimilislæknir umsækjanda:

☐ Er ekki með heimilislækni ☐ Er með heimilislækni

Nafn læknis: _____

Ástæða umsóknar:

Annað, tilgreinið

Með undirritun sinni lýsir umsækjandi yfir að umsókn þessi er gerð að eigin ósk og vilja. Umsækjandi samþykkir einnig að þær upplýsingar sem gefnar eru á umsókninni verði skráðar í gagnagrunn HSU og að samvinna við þá aðila sem að þjónustunni munu koma, eins og velferðarþjónustu sveitafélag sé samþykkt. Við þjónustuveitingu áskilur starfsfólk rétt til að krefjast notkunar hjálpartækja þar sem þau teljast nauðsynleg, ásamt því að heimili og aðstæður tryggja öryggi og heilsu starfsfólks.

Undirskrift: _____

Umsóknina má undirrita rafrænt eða á pappír og senda með **gagnagátt á: "Heilbrigðisstofnun Suðurlands – sjúkraskrárqögn"**. [Sjá nánar.](#)