



Heilsu- og umsorganartænastan

Postboks 3099 • FO-110 Tórshavn
heilsuhausid@torshavn.fo

Umsókn um samdøgursrehabilitering

Tygum verða vinaliga biðin um at svara spurningunum 1-12 og undirskriva umsóknina. **Vinaliga skrivið við SPJALDRA-STAVUM.**

Tá ið tygum hava fyllt út umsóknina, senda tygum hana til: Heilsu- og umsorganartænastuna, Postboks 3099, 110-Tórshavn.



1 Umsøkjari

Navn:

Bústaður:

Postnr. og býur/bygd:

P-tal:

Telefon/fartelefon:

Teldupostur:

2 Lýsing av broyttari heilsustøðu

Hvat er broytt, hava tygum t.d. verið sjúkur, innlagdur, ella er eitt hvørt hent, sum hevur broytt støðu tygara?

3 Endamál

Hvat ynskja tygum at fáa burtur úr upphaldinum á Samdøgursrehabiliteringini? Hvat ynskja tygum at megna betur?

4 Lýsing av gerandisdegnum

Hvussu er ein vanligur gerandisdagur, hvat fáa tygum dagin at ganga við?

5 Tygara førleiki

Hava tygum sjúkuavgerð (diagnosu) ella skerdan førleika

Ja

Nei

Um ja, skriva her:

6 Eru tygum fær/ur fyri

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--|
| - at lata tygum í og úr? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Bert við stuðli |
| - at vaska tygum? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Bert við stuðli |
| - at matgera? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Bert við stuðli |
| - at fáa tygum at eta? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Bert við stuðli |
| - at klára tygum sjálvan um náttina? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Bert við stuðli |
| - at ganga? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Bert við stuðli |
| - at fara á wc? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Bert við stuðli |

7 Hjálpartól

Brúka tygum hjálpartól ísv. rørslu? Ja Nei

Ja, eg brúki: Stav Høkjur Rollator Koyristól

8 Sansir

Minni: Við mítt fulla skil Gloymsk/ur Minnisveik/ur

Sjón: Síggi væl Síggi hampuliga væl Brúki brillur Blindur

Hoyrn: Hoyri væl Hoyri hampuliga væl Nýti hoyritól Deyv/ur

Tala: Ikki talubrek Lítið talubrek Ekspressiv afasi Impressiv afasi

9 Tørvur á hjálpt sum nú er

Fáa tygum heimahjálpt/heimasjúkrarøktarfrøðingi/
ergoterapi/fysioterapi/hjálpt frá avvarandi? Ja Nei

Um ja, til hvat og hvussu ofta?

10 Aðrar viðmerkingar**11 Hvør hevur hjálpt tygum at útfylla umsóknarblaðið?**

Navn:

Starvsheiti:

Telefon/fartelefon:

Teldupostur:

12 Undirskrift umsøkjara

Undirritaði/a vátta við hesum, at upplýsingarnar omanfyri eru rættar og gevi loyvi til, at Heilsu- og umsorganartænastan kann útvega allar neyðugar upplýsingar um míni viðurskifti, herundir heilsuupplýsingar frá kommunulækna, Heilsu- og umsorganartænastuni ella sjúkrahúsi í samband við upptøku til samdøgursrehabilitering.

Dagfesting / 20

Undirskrift