



Ansökan har inkommit: ____ . ____ 20 ____

- Hemvård
 Assistans vid butiksbesök och för att uträtta andra ärenden
 Annan service, vad?
- Måltidsservice
 Rehabiliterande dagverksamhet
- Trygghetstelefon
 Effektiverat serviceboende

ANSÖKAN FYLLS I AV

Efternamn och förnamn

SÖKANDENS PERSONUPPGIFTER

Efternamn och förnamn		Personbeteckning
Gatuadress		
Postnummer och -anstalt	Hemkommun	
Telefonnummer		
Civilstånd		
<input type="checkbox"/> Äktenskap	<input type="checkbox"/> Samboende	<input type="checkbox"/> Ogift
<input type="checkbox"/> Frånskild	<input type="checkbox"/> Änka / änking	

DEN ANHÖRIGAS / KONTAKTPERSONENS UPPGIFTER Intressebevakare

Efternamn och förnamn	
Gatuadress	
Postnummer och -anstalt	Telefonnummer

NUVARANDE SITUATION

Boende

Bor allena I höghus I radhus I egna hemshus

Bor med maka/make/någon annan, vem? _____

Ytterligare information om boendet och bostaden: Finns det något i bostaden som gör det svårare att röra på sig eller försvårar funktionaliteten (t.ex. trappor, veduppvärmning, våtutrymmen, saknar hiss)?



UTREDNING ÖVER FUNKTIONSFÖRMÅGA OCH RESURSER

Fysisk situation

Mental situation

Social situation

HJÄLP AV UTOMSTÅENDE

Besöker den kommunala hemvården er?

- Ja, sedan _____._____.20_____. Antal besök: _____
 Nej

Besöker den privata hemvården er?

- Ja, sedan _____._____.20_____. Antal besök: _____
 Nej

- Deltar ni i den rehabiliterande dagverksamheten? Ja Nej
Har ni en trygghetstelefon? Ja Nej
Använder ni apotekets dosdispenseringservice? Ja Nej
Har ni fått avlastningsvårdperioder? Ja Nej



Hurdan hjälp behöver ni av andra personer och vem/vilka hjälper?

FÖRMÅNER/SERVICE

Får ni närvårdsstöd? Ja Nej

Får ni vårdbidrag av Folkpensionsanstalten? Ja; _____ € Nej

Har ni beviljats färdtjänst? Ja Nej

Andra förmåner och tjänster (t.ex. service för funktionshindrade, rehabilitering)

NÄRING

Har ni beviljats måltidsservice?

Ja, _____ måltider i veckan: Hemkörd måltid Menumat

Nej

VÅRDPERIODER

Har ni under det senaste året vårdats vid sjukhus eller på hälsovårdscentralen (var, vårdperioder)?



HUR FUNGERAR VARDGAEN FÖR TILFÄLLET

Denna sida fylls i av:		<input type="checkbox"/>	Samma som fyllt i ansökan			
		<input type="checkbox"/>	Någon annan, vem?			
Verksamheterna sköts av:						
Verksamhet	Själv / Inte behov av hjälp	Närstående	Hemvården	Privat	Någon annan, vem / vilken?	
Personlig hygien						
Att klä på sig / klä av sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Munhygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Hudhygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Bädda sängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Att tvätta sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Mobilitet						
Transporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Att röra sig inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Att röra sig utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Måltider						
Frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Kvällsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Uppvärmning av mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Klädvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Städning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Läkemedelsbehandling						
Förnyande av recept / besöka apotek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Uppföljning av genomförande av läkemedelsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	
Övrigt behov av hjälp						



Använda hjälpmedel		
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Rullstol
<input type="checkbox"/> Annat, vad? _____		
Annat att anmärka gällande mobiliteten		
Annat att anmärka i ansökan		

UNDERSKRIFT

Datum Underskrift och namnförtydligande av sökanden eller dennes intressebevakare

Jag godkänner att information inhämtas från hälso- och socialvårdens datasystem samt vid behov från andra instanser som deltar i vården av mig.

MYNDIGHETEN FYLLER I

Behandlingen inleds: ____ . ____ .20 ____

Behandlingen avslutas: ____ . ____ .20 ____

RAVA: _____

MMSE: _____

Blanketterna bifogas till utredningen!