

Aktualiseringsdatum: _____

Mottaget av: _____

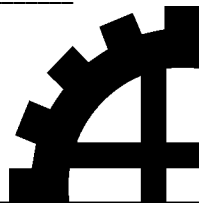
Hembesök: _____

Sökandens namn	Personnummer	
Make/Maka/Sambo	Personnummer	
Bostadsadress	Telefonnummer	
Postnummer och ort		
Anhörig1	Släktskap	Telefonnummer
Anhörig2	Släktskap	Telefonnummer

 Ange om anhörig/närstående önskar närvara vid hembesök

Har du behov av tolk vid hembesök?

 Ja Språk: _____ Nej**Jag ansöker om:** Hemtjänst Korttidsboende/växelvård Trygghetslarm Särskilt boende Ledsagning Dagverksamhet _____**Beskriv kortfattat anledningen till din ansökan:**



Egna resurser

Rörelseförmåga

- går utan stöd går med hjälpmedel går i trappor
 går med stöd av annan person

Hjälpmedel

_____ används alltid endast för utomhusbruk

Mathållning klarar själv klarar delvis behöver hjälp
Vilka måltider behövde du hjälp med?
 frukost lunch middag/kvällsmat

På/avklädning klarar själv klarar delvis behöver hjälp
Personlig hygien klarar själv klarar delvis behöver hjälp
Toalettbesök klarar själv klarar delvis behöver hjälp

Oro aldrig tidvis alltid

Gott minne

Desorientering

Övriga upplysningar

Samtycke

Härmed samtycker jag till att de uppgifter som krävs för bedömning av detta ärende får inhämtas/lämnas från/till:

- sjukvården socialtjänsten försäkringskassan
 anhörig/närstående namn: _____

Underskrift sökande

Datum	Sökandes namnteckning
Behjälplig vid ansökan har varit	Telefonnummer

Följande information lämnas med anledning av Personuppgiftslagen (PuL). I och med din ansökan kommer dina personuppgifter att registreras för handläggning av ärende. Om du vill ha information om vilka uppgifter som finns registrerade om dig eller om hur uppgifterna används bör du meddela oss skriftligt.

