



KOMMUNEQARFIK SERMERSOOQ NUUK – ÆLDREOMRÅDET

ANSØGNINGSDATO:

VEDRØRENDE:

Plejebolig

INDSTILLING TIL
PLEJEHJEM

Aflastning

KORT AFLASTNINGSOPHOLD
(2 UGER)

Aktivitet

AKTIVITETSTILBUD

INDSTILLING TIL
ÆLDREKOLLEKTIV

PLANLAGT (5 UGER)
AFLASTNINGSOPHOLD

Navn:	CPR. nr.:
Adresse:	Tlf. nr.:

NÆRMESTE PÅRØRENDES NAVN, ADRESSE OG TELEFONNUMMER:

1) Ægtefælle/samlever, navn:	Tlf.nr.:
Adresse:	Tlf.nr.:
2) Anden navn:	Tlf.nr.:
Adresse:	Tlf.nr.:

TIL BRUG FOR VURDERING AF ANSØGNING

VURDERING AF ANSØGERS FUNKTIONSNIVEAU		
Plejetyngdemåling vedlagt:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Lægebrev vedlagt:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Udtalelser/Notater:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Handicapregistreret:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

SOCIALE FORHOLD (herunder boligens egnethed, økonomi, netværk, aktivitetscenter m.v.)



PSYKISK TILSTAND (Herunder vurdering fra fagpersonale)

KOGNITIV TILSTAND (Herunder vurdering fra fagpersonale)

FYSISK TILSTAND: (Herunder vurdering fra fagpersonale, samt hjælpemidler og boligændringer)



ÅRSAG TIL ANSØGNINGEN (Samlet konklusion over brugerens tilstand, reference til kvalitetsstandard)

SUPPLERENDE OPLYSNINGER:

Modtager brugeren besøg af hjemmesygeplejerske og i givet fald til hvad:

Modtager brugeren hjemmehjælp/ydelser fra hjemmehjælpen:

Er brugeren registreret (som dagbruger) i aktivitet og i givet fald hvor:

Andre relevante oplysninger:

- Madordning
- Støtteperson
- Sagsbehandler



Hvilken medicin får borgeren:

CAVE:

SKEMA UDFYLDT AF:

DATO: / -

Skemaet sendes til visitationsenheden visitation@sermersooq.gl

UDFYLDES AF VISITATION FOR ÆLDREOMRÅDET

BEHANDLET I VISITATION FOR ÆLDREOMRÅDET

Dato:

_____ Visitor

VISITATIONSUDVALGETS BESLUTNING ELLER BEMÆRKNING:



UDFYLDES AF BORGER

ANSØGNINGEN HANDLER OM:**Plejebolig**INDSTILLING TIL
PLEJEHJEM **Aflastning**KORT AFLASTNINGSOPHOLD
(2 UGER) **Aktivitet**AKTIVITETSTILBUD INDSTILLING TIL
ÆLDREKOLLEKTIV PLANLAGT (5 UGER)
AFLASTNINGSOPHOLD **DATO ANSØGNINGEN:****NAVN:****CPR. NR. :**

Undertegnede tillader hermed, at der indhentes og videresendes helbredsmæssige, færdighedsmæssige og sociale oplysninger til brug ved behandling af ansøgningen samt til brug ved evt. optagelse af ældreinstitution.

Jeg er endvidere orienteret om vilkårene i forbindelse med evt. optagelse i en ældreinstitution.

Dato:

Ansøgers underskrift

Dato:

Værgе/vitterlighedsvidne underskrift

Dato:

Værgе/vitterlighedsvidne underskrift