

Beiðni um sérhæfða heimahjúkrun barna



Vinlandsleið 16
113 Reykjavík
Sími 515-0000
www.sjukra.is

Sendist gegnum Heilsugátt Landspítala til:
Ingileifar Sigfúsdóttur, Deildarstjóra, Barnaspítala Hringsins
eða

Jóhönnu L Hjörleifsdóttur, Deildarstjóra, Barnaspítala Hringsins

Dagsetning beiðni:	Útskrift áætluð:	
Deild/stofnun:		
1. Nafn:	2. Kennitala:	
3. Heimilisfang:	4. Póstnúmer:	5. Sveitarfélag:
6. Heilsugæslustöð:	7. Heimilislæknir:	
8. Skóli barns:	9. Dagvist:	
10. Foreldri nr.1 /nánasti aðstandandi nr.1: Nafn: Heimilisfang: Sími: Tölvupóstfang:	11. Foreldri nr.2 /nánasti aðstandandi nr.2: Nafn: Heimilisfang: Sími: Tölvupóstfang:	
12. Beiðni um heimahjúkrun: Frá lækni Frá hjúkrunarfræðingi	13. Barn kemur frá: Barnaspítala Hringsins Annað, hvaðan	

14. Nafn beiðanda:	15. Kennitala beiðanda:
---------------------------	--------------------------------

16. Virkar sjúkdómsgreiningar:	17. ICD:
18. Virkar hjúkrunargreiningar:	19. NANDA:

20. Mat á þörf um sérhæfða hjúkrun barna: Tímabil: Daglega, hversu oft Vikulega, hversu oft	21. Sérhæfð hjúkrun: Sérhæfð lyfjagjöf/sprautugjöf Vökvagjöf Súrefnismeðferð Sérhæfð næringargjöf Annað, hvað
22. Líkamlegt, félagslegt og andlegt ástand við útskrift: Þarf eftirlit Háður aðstoð við ADL Algerlega háður aðstoð við ADL	23. Hjálpartæki: Sjálfbjarga Hjólástól Lyftari Gengur með aðstoð Annað, hvað
24. Önnur þjónusta, stuðningur eða þjálfun innan heimilis: Heimaþjónusta/heimilishjálp Almenna heimahjúkrun Iðjuþjálfun Sjúkraþjálfun Annað, hvað	25. Önnur þjónusta, stuðningur eða þjálfun utan heimilis: Dagvist Iðjuþjálfun Sjúkraþjálfun Annað, hvað

Lækna- og hjúkrunarbréf, lyfseðlar og hjálpartækjabeiðnir þurfa að fylgja með beiðni.