



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

BEIÐNI UM DVÖL

DAGDEILD LÍKNAREININGAR LSH
HÚS NO. 9
KÓPAVOGSBRAUT 5 - 7
200 KÓPAVOGUR
SÍMI: 543 6608 FAX: 543 6601

Persónuupplýsingar sjúklings

Nafn

Kennitala

Sími Gsm

Heimilisfang

Staður Póstnr.

Dags.

Nánasti aðstandandi

Útgefandi

Tengsl

Stofnun/deild

Sími

Sérfræðingur sjúklings

Nýtur þjónustu frá:

Heimahlyningu

Karítas

Ástæða beiðni:

Líkamleg endurhæfing

Að rjúfa einangrun

Sálfélagsleg endurhæfing

Hvíld fyrir aðstandendur

Annað:

Sjúkdómsgreining/ágríp af sjúkdómssögu

Meðferðartakmarkanir:

FME

MT

LM

Hjúkrunarupplýsingar/hjúkrunarþarfir:

Líkamleg færni

Andleg/tilfinningaleg liðan

Félagslegar aðstæður

Önnur atriði, athugasemdir eða tilmæli

Fyrir starfsfólk dagdeildar:

Beiðni móttækin dags.

Svarbréf sent dags.

Samþykkt

Hafnað