

De Gamlas Hem r.f. - serviceboende

1

Strandgatan 77, 64100 Kristinestad

Tel. 040-7419060 (personal) eller 0400-320811 (föreståndare)

Vi ber Er vänligen om tilläggsuppgifter om Era önskemål med beaktande av Ert hälsotillstånd när vi behandlar Er hyresansökan:

Namn: _____

Personbeteckning: _____ Civiltillstånd: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Födelseplats: _____

Tidigare yrke: _____

Närmaste anhöriga / kontaktpersoner:

Namn: 1. _____ 2. _____

Adress: 1. _____ 2. _____

Telefon: 1. _____ 2. _____

Släktskap _____

Önskemål beträffande boende: (t.ex. servicehuset, övriga hus (blå,röda,gula,bruna), etta/tvåa, osv)

Motivering:

Hälsouppgifter

Långvariga sjukdomstillstånd:

De Gamlas Hem r.f. - serviceboende

Strandgatan 77, 64100 Kristinestad

Tel. 040-7419060 (personal) eller 0400-320811 (föreståndare)

Syn: Normal___ Försvagad___ Dålig___
Hörsel: Normal___ Försvagad___ Dålig___ Hörapparat___
Minne: Normalt___ Försämrat___ Dåligt___

Funktionsförmåga

Rörlighet Självständigt___ Jag får hjälp___ Av vem: _____
Matlagning Självständigt___ Jag får hjälp___ Av vem: _____
Städning Självständigt___ Jag får hjälp___ Av vem: _____
Mediciner Självständigt___ Jag får hjälp___ Av vem: _____
Påklädning Självständigt___ Jag får hjälp___ Av vem: _____
WC-besök Självständigt___ Jag får hjälp___ Av vem: _____
Uträtta ärenden Självständigt___ Jag får hjälp___ Av vem: _____
Hjälpmedel: _____

Vilken service använder Ni Er av:

Hemservice___ Hur ofta: _____
Hemsjukvård___ Hur ofta: _____
Matservice___ Hur ofta: _____

Matservice:

Vanlig mat___ Diet eller matallergier: _____

Andra omständigheter som berör ansökan eller uppgifter Ni vill hänvisa till:

Jag tillåter att mitt ansökningsärende får diskuteras med de myndigheter som svarar för äldreomsorgen i Kristinestad och på Hälsovårdscentralen

Datum / 20 _____

Underskrift

Tack för Ditt svar! Välkommen!