

Nafn		Kennitala	
Heimili	Póstnúmer	Staður	
Heimasími	GSM	Netfang	
Staða	<input type="checkbox"/> Örorka ___% <input type="checkbox"/> Nemi í: _____	<input type="checkbox"/> Atvinnulaus <input type="checkbox"/> Launþegi. Starfshlutfall: _____%	<input type="checkbox"/> Endurhæfingarlífeyrir <input type="checkbox"/> Önnur staða: _____
Fjölskylduhagir			
Menntun		Námsörðugleikar	
Aðstandandi		Sími	
Læknir		Sími	Vinnust.
Sálfræðingur		Sími	Vinnust.
Félagsráðgjafi		Sími	Vinnust.
Önnur þjónusta <input type="checkbox"/> Heimaþjónusta <input type="checkbox"/> Heimahjúkrun <input type="checkbox"/> Líðveisla Annað: _____			
Fyrri úrræði:			
Þjónusta sem óskað er eftir Annað: _____ <input type="checkbox"/> Athvarf <input type="checkbox"/> Endurhæfing <input type="checkbox"/> Eftirfylgd <input type="checkbox"/> Aðstandandi <input type="checkbox"/> Geðræktarskóli <input type="checkbox"/> Sálfræðiviðtöl <input type="checkbox"/> HAM			
Geðheilsuvandi <input type="checkbox"/> Enginn <input type="checkbox"/> Þunglyndi <input type="checkbox"/> Kvíði <input type="checkbox"/> Geðhvörf <input type="checkbox"/> Geðklofi <input type="checkbox"/> Annað: _____			
Líkamlegur heilsufarsvandi / aðrar hindranir			
Vímuefna- / fíknivandi <input type="checkbox"/> Ekki til staðar <input type="checkbox"/> Til staðar <input type="checkbox"/> Óvirkur <i>Nánar:</i>			
Markmið, áhugamál, sterkar hliðar			
Annað sem umsækjandi telur mikilvægt að komi fram			

Tilvísun

Tilvísunaraðili	Starfsheiti
Vinnustaður	Sími
Ástæða fyrir beiðni	

Fyllist út í Björginni:

Inntökuvíðtal hefur farið fram	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já, dags: _____	<input type="checkbox"/> Skráning í kerfi
Viðtakandi skráningar:	Tengill í Björginni:	
Athugasemdir		

Ég undirritaður gef starfsmönnum Bjargarinnar leyfi til deila upplýsingum sín á milli varðandi endurhæfingu mína og bata telji þeir það nauðsynlegt

Undirskrift: _____