

Umsókn um endurvenjing í Almannaverkinum

Upplýsingar umsækjarans

Navn:		P-tal:	
Gøta:		Lækni:	
Postnummar:		Telefon:	
Býur:		Teldupostur:	

Avvarðandi (Sum Almannaverkið kann samskifta við, um umsækjarin ikki sjálvur kann)

Navn:		Telefon:	
-------	--	----------	--

Lýs praktiskar trupulleikar, sjúku ella brek

--

Endamálið við endurvenjingini

--

Er læknaelig metan gjørd av trupulleika tygara? Hvør og nær?

--

Hava tygum heimahjálp ella stuðul?

Heimahjálp til hesar uppgávur:	Navn og telefon:
Heimasjúkrarøkt til hesar uppgávur:	Navn og telefon:
Stuðul til hesar uppgávur:	Navn og telefon:

Viðmerkingar annars

--

Váttan

Eg loyvi Almannaverkinum at savna neyðugar upplýsingar til málsviðgerðina, herundir læknaupplýsingar. Somuleiðis loyvi eg Almannaverkinum at lata upplýsingar til avvarðandi kommunu, sjúkrahús ella onnur viðkomandi, um endurvenjingin skal halda fram, ella um tað gerst neyðugt fyri málsviðgerðina.	Dagfesting og undirskrift umsækjarans:
--	---

Eg fekk hjálp við umsóknini frá:

Navn, starv og telefonnummar:

Staravegur 18 • Postboks 3096 • FO-110 Tórshavn
Tel 360000 • Faks 360001 • av@av.fo • www.av.fo