

Læknisvottorð vegna umsóknar um  
**fjárhagslega aðstoð við  
framfærendur fatlaðra og  
langveikra barna**



1. Nafn		2. Kennitala
3. Heimilisfang	4. Póstnúmer	5. Staður
6. Heimasími / GSM / vinnusími	7. Netfang	

8. Nafn foreldris/framfæranda	9. Kennitala	10. Sími
11. Nafn foreldris/framfæranda	12. Kennitala	13. Sími
14. Umsókn foreldris/framfæranda send <input type="checkbox"/> svæðisskrifstofu sveitarfélags <input type="checkbox"/> tryggingayfirlækni		

15. Nafn læknis, aðsetur, sími, netfang og læknisnúmer	16. Dagsetning
	17. Undirskrift læknis

**Sjúkdómsgreining**

18. Aðalmein	19. ICD 10
20. Aukamein	21. ICD 10

**Almenn heilsufars- og sjúkrasaga**

22.
23. Aðrir læknar sem stundað hafa umsækjanda

**Núverandi fötlun / sjúkdómur**

24. Læknisskoðun og niðurstöður rannsókna sem máli skipta. Ef um þroskahömlun er að ræða skal geta um greindar- eða þroskastig. Ef um hreyfihömlun er að ræða skal tilgreina eðli hennar og dreifingu og áhrif á hreyfigetu
25. Ummönnunarþörf – aðstoð vegna athafna daglegs lífs
26. Sértek dagleg þjónusta vegna fatlaðs barns
27. Skammtímavistun / vistun vegna fatlaðs barns
28. Annað, sem læknir telur að skipti máli vegna umsóknar

Sjálfvirk útfylling: