

ANSÖKAN TILL

DE GAMLAS HEM I TAMMERFORS R.F.

Aleksanterinkatu 19 A 15, 33100 Tammerfors

Ansökan inlämnad _____

Mottagare _____

Namn _____ Telefon _____

Personsignum _____ Födelseort _____

Adress _____

Församling _____ Bott i Tammerfors (med omnejd) sedan år _____

Yrke _____ Pension + övriga inkomster ca. _____ / månad

Sökande är: Gift Ogift Änka/änkling Frånskild Sambo

Modersmål: Svenska Finska Annat: _____

Sökandes nuvarande bostad är:

Egen bostad Hyresbostad Hos anhörig Ingen stadigvarande bostad

Den av sökande önskade lägenheten: Etta Tvåa Tre rummare

Varför ansöker Ni bostad: _____

När önskar Ni flytta in: Snarast möjligt Senare, vilket år (cirka) _____

Intressen, hobbyn: _____

Närmaste anhörig, namn, adress och telefonnummer: _____

Hälsotillstånd: *God Tillfr. Dålig*

Syn

Hörsel

Minne

Rörelseförmåga

Sjukdomar:

Diabetes Hjärta, blodomlopp

Astma Magen, matsmältning

Allergi

Annan (vilken) _____

Jag röker: Mycket Lite Inte alls

Jag använder alkohol: Mycket Måttligt Inte alls

Jag intygar att ovannämnda uppgifter är riktiga och jag är medveten om att man som innevärdare i De Gamlas Hem i Tammerfors r.f. måste klara sig själv.

Tammerfors _____ . 2 _____

Denna sida ifylles före De Gamlas Hem i Tammerfors r.f. fattar beslut om ansökan.

SÖKANDE UPPDATERAR DE UPPGIFTER SOM HON/HAN GIVIT:

Ifall det gått över 3 månader från ifyllandet av blankettens framsida eller ifall det skett förändringar i sökandes hälsotillstånd så ger sökande på nytt följande uppgifter:

Hälsotillstånd	<i>God</i>	<i>Tillfr.</i>	<i>Dålig</i>	Sjukdomar:		
Syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hjärta, blodomlopp <input type="checkbox"/>
Hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	Magen, matsmältning <input type="checkbox"/>
Minne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergi	<input type="checkbox"/>	
Rörelseförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan (vilken)	_____	

Jag röker: Mycket Lite Inte alls

Jag använder alkohol: Mycket Måttligt Inte alls

Specialdiet:

Laktosintollerans Keliaki Vegetarian Annan diet _____

Ansvarig läkare: _____ Telefon: _____

MEDICINERING (bör alltid uppges före inflyttning)			
Medicin	Dosering	Medicin	Dosering

Jag intygar att ovannämnda uppgifter är riktiga och jag är medveten om att man som innevånare i De Gamlas Hem i Tammerfors r.f. måste genomgå en läkarundersökning hos Hemmets läkare före man blir antagen. Jag förbinder mig att ge åt läkaren all information om min hälsa jämte alla handlingar (epikriser, sjukberättelser mm.)

Jag är medveten om att som innevånare i De Gamlas Hem i Tammerfors r.f. måste man klara sig själv i sina dagliga göromål.

Tammerfors _____ . _____ . 200_____

HEMMETS VERKSAMHETSLEDARES ANTECKNINGAR;
