

**Ansøgning sendes til:**

Myndighedsafdelingen
Visitationsenheden for Ældre og Sundhed
Rådmandshaven 20
4700 Næstved

tlf. nr. 55 88 12 00
fax nr. 55 88 12 99

ANSØGNING OM MIDLERTIDIG PLADS**Ansøger:**

Navn:	CPR.nr.:
Adresse:	Tlf.nr.:

Ægtefælle/pårørende:

Navn:	Familieforhold:
Adresse:	Tlf.nr.:

Hvem er Deres læge:

Navn:	Tlf.nr.:
-------	----------

I hvilken periode har De brug for en midlertidig plads ?

--

Årsag til ansøgningen/formål?

Mål for ophold:

Hvilke behov for personlig og praktisk hjælp har De?

Hvilke hjælpemidler har De?

Hvilke behov for sygepleje har De?

Har De behov for træning/aktivering under opholdet?

Bemærkninger:

Kosthensyn

	Normalkost		Hakket fuldkost
	Diabeteskost 1		Modificeret kost (minus røget, kål, løg.
	Diabeteskost 2		Diæt
	Andet:		

Ansøgers underskrift:

Dato: _____

Udfyldes af visitator:

Bestilt madservice		Bestilt befordring		Bekræftelse på ophold	
--------------------	--	--------------------	--	-----------------------	--

Bemærkninger:

--

Ophold bevilget den: _____ af visitator: _____
--