

FOLD

Jeg er pårørende til \_\_\_\_\_  
som er helt afhængig af min hjælp til

- indtagelse af medicin     toiletbesøg  
 måltider/spisning     hjælp om natten  
 personlig pleje     andet

fordi han/hun

- har fysiske funktionsnedsættelser  
 har kognitive funktionsnedsættelser  
 lider af psykisk sygdom  
 andet: \_\_\_\_\_



Hvis jeg ikke er kontaktbar, giv venligst besked til

\_\_\_\_\_ på tlf.nr. \_\_\_\_\_  
eller send hjælp til min nærtståendes adresse:

\_\_\_\_\_

så hurtigt som muligt. TAK!

Dato: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

