

Jeg er pårørende til _____
som er helt afhængig af min hjælp til

- | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> indtagelse af medicin | <input type="checkbox"/> toiletbesøg |
| <input type="checkbox"/> måltider/spisning | <input type="checkbox"/> hjælp om natten |
| <input type="checkbox"/> personlig pleje | <input type="checkbox"/> 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: _____

