



ÖREBRO

UNDERLAG FÖR ANSÖKAN FLEXIBEL DEMENSDAGVÅRD

1 (4)

Namn _____ Pers.nr. _____

Adress _____ Telefon _____

Närstående _____ Relation _____

Telefon _____ Mobil _____

Demensutredning gjord? Ja Nej Utredning pågår

Var? _____ När? _____

Demensdiagnos: _____

Kognitiv svikt (MCI)¹ Misstanke om demens

Frågorna 1-3 ställs alltid till brukaren och/eller närstående. När svaret blir nedsatt/förändring ska även efterföljande frågor, numrerade 4-12, ställas.

1. Fungerar minnet som det brukar, eller har det förändrats så att det ger praktiska svårigheter i vardagen?

Fullgott Nedsatt

Kommentar _____

2. Är förmågan att "hänga med" i resonemang, att tänka och lösa problem oförändrad? T.ex. klara att delta i diskussioner och betala räkningar som tidigare?

Fullgod Nedsatt

Kommentar _____

3. Hur är det med humöret? T.ex. mer/mindre ledsen och nedstämd, mindre tålamod än tidigare?

oförändrat förändrat

Kommentar _____

Frågorna nedan ställs om möjligt till brukaren och alltid till närstående och övriga i vårdteamet, remittentens egen bedömning ska också vägas in.

4. Minne

fullgott något förändrat kraftigt förändrat

5. Tankeförmåga (problemläsning, förmåga att följa tidningar, TV)

fullgod något förändrad kraftigt förändrad

6. Koncentrationsförmåga (förmåga till fokusering, genomförande av uppgifter)

fullgod något förändrad kraftigt förändrad

7. Orienteringsförmåga (till tid och rum; hitta i sin omgivning)

fullgod något förändrad kraftigt förändrad

8. Språkliga funktioner (hitta ord, meningsfullt resonemang, deltagande i diskussion, flyt i språket)

fullgod något förändrad kraftigt förändrad

9. Initiativförmåga (aktivt företa sig meningsfulla handlingar)

fullgod något förändrad kraftigt förändrad

10. Social förmåga (kunna umgås med familj, vänner och bekanta)

fullgod något förändrad kraftigt förändrad

11. ADL personlig (egna kroppen)

fullgod något förändrad kraftigt förändrad

12. ADL instrumentell (vardagssysslor)

fullgod något förändrad kraftigt förändrad

13. Förflyttningsförmåga / hjälpmedel

går utan hjälp
 går med hjälp

14. Kommunikation

fullgod kommunikationsförmåga
 nedsatt kommunikationsförmåga

15. Hörsel

normal
 nedsatt

16. Syn

normal
 nedsatt

17. Måltid

utan hjälp
 med hjälp

18. Toalettbesök

utan hjälp
 med hjälp

Kommentar t.ex. hjälpmedel, hörapparat m.m. _____

19. Nivå enligt Bergerskalan² 1 2 3 4 5 6

20. Frontala symtom³

21 BPSD³

¹ Mild Cognitive Impairment

² se bilaga 1

Vilka? _____

Anledning till ansökan/nuvarande situation: _____

Bakgrund (boende, nätverk, social situation m.m.): _____

Aktuella sjukdomar / hälsohistoria: _____

Förväntning på dagvårdsvistelse:

Brukarens: _____

Närståendes: _____

Remittentens: _____

Intressen: _____

³ se bilaga 1

Andra insatser, ej HSL/SoL (Väntjänst, Anhörigcentrum, närstående, etc.)

Övrigt av betydelse: _____

Ansökan görs enligt HSL SoL

Hemvårdsgrupp: _____

Kontaktperson: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Sjuksköterska: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Arbetsterapeut: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Sjukgymnast: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Biståndshandläggare: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

PAL: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Vårdcentral: _____

Telefon: _____ : _____

Datum: _____

Ansvarig för ansökan: _____

Befattning: _____

Telefon: _____