



MELDESKJEMA

-VED MISTANKE OM DEMENS

SKJEMA SENDAST
TIL DEMENSTEAM I
SELJE KOMMUNE
6740 SELJE

Opplysningar om brukar

Namn _____ Fødselsdato _____

Adresse _____ Telefonnummer _____

Fastlege _____ Bur brukaren åleine? Ja Nei

Mottakar av kommunale tilbod:

Heimesjukepleie Heimeteneste Heimehjelp Avlastning Mat Alarm

Pårørande _____ Telefonnummer _____

Adresse _____

Problemstilling/bakgrunn for henvisning

Diagnose _____ Dato for diagnose _____

Tilleggsopplysning _____

Er fastlege orientert om meldinga? Ja Nei

Testresultat/poeng (dersom vedkomande tidlegare er testa)

Klokketest ____ MMS ____ Cornell skala ____ Sikkerhet i heimen : Antall ja ____ Antall nei ____

Spørjeskjema til påørande; ____ I-ADL ____ P-ADL ____ Belastningsskala – påørande ____

Brucar /påørande har gjeve samtykkje til meldinga, og til at meldande instans og demensteamet kan samarbeide i saka

MELDT AV; _____ **DATO;** _____

STILLING; _____ **TELEFONNUMMER ;** _____