



# Intyg för bostadsanpassningsbidrag till installation av spisvakt

## Installation till

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Ev. Kontaktperson	Portkod

## Funktionshinder

- Demens (konstaterad utredning)                       Stroke (konstaterad kognitiv dysfunktion)
- Annat.....

<b>Minnesutredning</b>	<input type="checkbox"/> Ja, år:	<input type="checkbox"/> Nej
------------------------	----------------------------------	------------------------------

## Ovanstående person

- Lagar mat dagligen     Värmer mat ibland
- Lagar mat ibland     Kokar kaffe/te dagligen
- Värmer mat dagligen     Kokar kaffe/te ibland

## Ovanstående uppgifter intygas av

Namn	
Arbetsplats	Telefon

## Tjänsteställning

<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Läkare	<input type="checkbox"/> Distriktssköterska	<input type="checkbox"/> Annat
---	---------------------------------	---	--------------------------------

## Inställning av spisvakten

Tidsinställning	<input type="checkbox"/> På	<input type="checkbox"/> 10 min	<input type="checkbox"/> 20min	<input type="checkbox"/> 30 min	<input type="checkbox"/> 40 min	<input type="checkbox"/> övrigt
Ljudsignal	<input type="checkbox"/> Av	<input type="checkbox"/> På (tickande ljud som förvarnar att spisen snart stängs av)				

Ev. övrig info	Typ av bostad <input type="checkbox"/> Lägenhet <input type="checkbox"/> Enbostadshus
----------------	---