



Søknad om helse- og omsorgstjenester

Personen det søkes for/ den som søker tjenester:	Personnummer:
Adresse:	Postnummer/sted:
Telefon:	Under 18 <input type="checkbox"/>

Sivilstatus: Gift/samboer Ugift Separert/skilt Enke/mann

Nærmeste pårørende/ kontaktperson:

Navn:	Relasjon:
Adresse:	Postnr: Sted:
Telefon 1:	Telefon 2:

Mottar du tjenester fra kommunen i dag? Ja Nei Fastlege: _____

Hvis ja, oppgi hvilke: _____

Hvilke tjenester søker du?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand (hjemmehjelp) | <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) |
| <input type="checkbox"/> Personlig assistanse/ opplæring | <input type="checkbox"/> Omsorgslønn |
| <input type="checkbox"/> Helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) | <input type="checkbox"/> Rehabilitering |
| <input type="checkbox"/> Langtidsplass sykehjem | <input type="checkbox"/> Avlastning |
| <input type="checkbox"/> Korttids-/vurderingsopphold | <input type="checkbox"/> Støttekontakt |
| <input type="checkbox"/> Matombringning | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm |
| <input type="checkbox"/> Tjenester fra psykisk helse- og rusteam | <input type="checkbox"/> Dagsenter |
| <input type="checkbox"/> Miljøarbeidertjeneste | |
| <input type="checkbox"/> Tilrettelegging/ hjelpemidler | |

Begrunnelse / bakgrunn for søknaden (Bruk eget ark om nødvendig):

Dato: _____ Søkerens underskrift: _____

Dato: _____ På vegne av søkeren: _____



Samtykkeskjema

Jeg, _____, født _____

samtykker i at helse- og omsorgstjenesten kan utveksle informasjon som er relevant for min oppfølging og de tjenester jeg har søkt. Dette gjelder følgende aktuelle samarbeidspartnere:

<input type="checkbox"/> Fastlege	<input type="checkbox"/> Somatisk historikk	<input type="checkbox"/> Psykiatrisk historikk
<input type="checkbox"/> Barnevernstjenesten	<input type="checkbox"/> NAV	<input type="checkbox"/> Boligkontoret
<input type="checkbox"/> Helsestasjon	<input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste	<input type="checkbox"/> Ruskonsulent
<input type="checkbox"/> Ligningskontoret	<input type="checkbox"/> Andre (Spesifiser)	<input type="checkbox"/> Habiliteringstjenesten
<input type="checkbox"/> BUPP	<input type="checkbox"/> PPT	<input type="checkbox"/> Andre; hvem:

Samtykket gjelder så lenge jeg mottar tjenester Ja Nei ELLER

Samtykket gjelder min søknad om _____, tidsbegrenset til _____.

IPLOS-registeret

- Jeg er gjort kjent med at opplysninger om meg vil bli anonymisert og lagret i et sentralt helseregister.
- Jeg er gjort kjent med at jeg kan reservere meg mot innsending av min diagnose til IPLOS-registeret.
- Jeg ønsker å reservere meg mot innsending av min diagnose.

Informert samtykke. Gjelder den som søker tjenester:

Jeg samtykker til at nærmeste pårørende kan få innsyn i min journal:	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Jeg samtykker til at nærmeste pårørende kan få informasjon om planlagte besøk:	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Jeg samtykker til at nærmeste pårørende kan få informasjon om mine medisiner og dosering:	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Jeg samtykker til at nærmeste pårørende kan få opplysninger om kontaktpersoner og fastlege:	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Jeg er gjort kjent med at jeg når som helst kan be om innsyn i og utskrift av min journal, og retten til å tilbakekalle samtykke:	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Dato: _____ Søkerens underskrift: _____

Dato: _____ På vegne av søkeren: _____

Hvis offentlig oppnevnt verge; dokumentasjon vedlagt søknad: Ja Nei