



Søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester

Opplysninger om søker/hjelpetrequende – bruk BLOKKBOKSTAVER			
Søkers navn:		Pers.nr:	
Adresse:		Sivilstatus:	
Gnr Bnr:		Telefon/mobil:	
Fastlege:		Telefon fastlege:	
Adresse fastlege/ legekantor:			
Språk:		Behov for tolk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Nærmeste pårørende:	Adresse:	Telefon:	Mobil:	Tilknytning:
Pårørende/foresatte:				

Opplysninger om eventuell fullmektig eller verge		
<input type="checkbox"/> Søkeren har verge	<input type="checkbox"/> Søkeren har fullmektig	
Navn på verge/fullmektig:		
Adresse:		
Relasjon til søker/hjelpetrequende:		
Telefon privat:	Telefon arbeid:	Mobil:

Oversikt over tjenester i Sigdal kommune, helse- og omsorgstjenesten:

- Hjemmesykepleie
- Psykisk helsetjeneste
- Praktisk bistand; opplæring dagliglivets gjøremål
- Praktisk bistand/hjemmehjelp: Hjelp til rengjøring, vask av tøy, handling
- Ambulerende vaktmester
- Brukerstyrt personlig assistent
- Tilkjørt middag
- Trygghetsalarm
- Omsorgslønn
- Fritidskontakt
- Ergoterapitjeneste
- Fysioterapitjeneste
- Hjelpemidler
- Dagsentertilbud
- Avlastning i institusjon
- Avlastning utenfor institusjon
- Dagopphold på Sigdalsheimen
- Nattopphold på Sigdalsheimen
- Korttidsopphold, rehabiliteringsopphold og langtidsopphold på Sigdalsheimen
- Langtidsopphold i barnebolig
- Tilrettelagt bolig/boligtilbud
- Individuell plan
- Transporttjeneste for funksjonshemmede
- Ledsagerbevis (eget søknadsskjema)



Samtykkeerklæring

Navn:..... .Fødselsdato:.....

Jeg samtykker til at det kan tas kontakt med de instanser jeg her gir tillatelse til, for at jeg kan få nødvendig oppfølging/ henvisning

Jeg tillater at følgende informasjon kan gis:

- Alt som anses nødvendig
- Begrenset informasjon. Følgende kan informeres om:

Sett kryss ved hvilke instanser som kan kontaktes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Skole/PPT/PPOT | <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten |
| <input type="checkbox"/> Fastlege | <input type="checkbox"/> Koordinerende enhet
(rep fra NAV, hjemmetjenesten, TTF og fysio/ergo) |
| <input type="checkbox"/> Tjenester til funksjonshemmede | <input type="checkbox"/> Tiltaksteam
(rep fra hjemmetjenesten og fysio/ergo) |
| <input type="checkbox"/> Fysio/ ergo/ friskliv | <input type="checkbox"/> Inntaksmøte
(rep fra Sigdalsheimen, hjemmetjenesten, fysio/ergo) |
| <input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten | <input type="checkbox"/> Tverrfaglig samarbeidsteam
(rep fra NAV, fastleger og psykisk helse) |
| <input type="checkbox"/> Avdeling for psykisk helse | <input type="checkbox"/> Andre: |
| <input type="checkbox"/> NAV | |
| <input type="checkbox"/> Familie/pårørende | |

Dette samtykket gjelder til samtykket trekkes tilbake/ tjenesten opphører, eller frem til.....

Dato:..... Underskrift:.....

Kopi av skjema skal sendes til tjenestene det er gitt samtykke til å kontakte og samarbeide med.

Samtykket er innhentet av:

Bare de opplysninger som er viktig for å avklare behov for tjenester skal utveksles jf. Forvaltingsloven § 13, taushetspliktbestemmelsene i Helse- og omsorgsloven § 12-1 og Helsepersonelloven §§ 21-25. Samme tillatelse gis til innhenting og videreformidling av opplysninger så lenge tjenester mottas iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kopi av skjema skal sendes til tjenestene det er gitt samtykke til å kontakt og samarbeid med.