



SØKNAD OM TJENESTER

Fødselsnr.	Navn	Sivilstand
Personnr.	Adresse	Telefon
Postnummer	Poststed	Fastlege
Nærmeste pårørende		Slektskap
Adresse		Telefon

HVA SØKES DET OM (kryss av)

Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	Korttidsopphold i sykeheim	<input type="checkbox"/>	Trygdebolig	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	Rehabiliteringopphold i sykeheim	<input type="checkbox"/>	Avlastning	<input type="checkbox"/>
Trygghetsalarm	<input type="checkbox"/>	Heldøgns pleie- og omsorgstjeneste (omsorgsbolig, institusjonsplass)	<input type="checkbox"/>	Støttekontakt	<input type="checkbox"/>
Matombringning	<input type="checkbox"/>	Omsorgslønn	<input type="checkbox"/>	Annet (beskriv)	

BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN

--

Dato: _____

underskrift

Fortsett på baksiden



SAMTYKKEERKLÆRING.

For: _____ **Personnr.:** _____

Pleie- og omsorgstjenesten (PLO) i Fosnes kommune er delt inn i flere enheter (bl.a. sykeheim, hjemmesykepleie) som samarbeider for å skape et godt tilbud til den enkelte bruker av tjenesten. Søknader om tjenester behandles elektronisk og som oftes tverrfaglig.

Underskrevet samtykkeerklæring gir de forskjellige enheter anledning til å samarbeide uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, jfr. Forvaltningsloven § 13 til 13e, Pasientrettighetsloven §3-6 og Helsepersonelloven Kap. 5 §21 til §29, lov om sosiale tjenester §8-8 og lov om barneverntjenester §6-7.

Pleie- og omsorgstjenesten kan etter samtykke innhente opplysninger fra andre om forhold som angår den enkelte bruker.

Samtykke gjelder denne saken og for de opplysninger som er nødvendig for å yte best mulig helsehjelp.

Samtykke:

- *Jeg er inneforstått med at min henvendelse blir vurdert tverrfaglig.*
- *Jeg er kjent med at opplysningene blir registrert elektronisk.*
- *I tillegg er jeg informert om at mine opplysninger vedr. legemes- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som involverte parter får opplysninger om er underlagt taushetsplikt.*
- *Jeg samtykker i at det ved behov opprettes ansvarsgruppe rundt meg, bestående av fagpersoner og pårørende, som får tilgang til relevante taushetsbelagte opplysninger om meg*

Pleie- og omsorgstjenesten i Fosnes kan uten hinder i taushetsplikten innhente/formidle nødvendige opplysninger fra de samarbeidspartnere som er krysset av nedenfor og som er relevant for denne saken:

<input type="checkbox"/>	Omsorgstjenesten	<input type="checkbox"/>	Helsestasjonen
<input type="checkbox"/>	Fastlegen/sykehuset	<input type="checkbox"/>	PPT
<input type="checkbox"/>	Trygdekontoret	<input type="checkbox"/>	BUP
<input type="checkbox"/>	Ligningskontoret	<input type="checkbox"/>	Andre (spesifiser)

Jeg reserverer meg imot at dere tar kontakt med følgende instanser:

Jeg bekrefter at samtykke er frivillig og at samtykke kan trekkes tilbake når som helst

Sted: _____ Dato: _____

Brukers underskrift: _____