



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: _____