



HENVENDELSE- OG SØKNADSBLANKETT MED LEGEOPPLYSNINGER FOR KOMMUNALE PLEIE OG OMSORGSTJENESTER

SØKEREN:			NÆRMESTE PÅRØRENDE:		
Navn:			Navn:		
Adresse:			Adresse:		
Postnr.:		Sted:	Postnr.:		Sted:
Tlf.priv.	Tlf.jobb	Tlf.mobil	Slektskap:		
Persnr.(11 siffer)		Sivilstatus:	Tlf.priv.		
Fast lege:			Tlf.jobb		Tlf.mobil

ØNSKET TILTAK. (legeopplysninger må fylles ut)					
LANGTIDSOPPHOLD		AVLASTNING		OMSORGBOLIG	
KORTTIDSOPPHOLD		OMSORGLØNN			

ANDRE TILTAK (legeopplysninger trenger ikke å fylles ut)					
HJEMMESYKEPLEIE		HJELPEMIDLER		DAGAVDELING	
PRAKTISK BISTAND		TRYGGHETSALARM		VAKTMEST.TJENESTER	
PSYKISK HELSETJENESTE		MATTILBUD		FYSIO/ERGO	
PRAKTISK BISTAND OPPLÆRING DAGLIGE GJØREMÅL		STØTTEKONTAKT			

OPPGI ÅRSÅK FOR SØKNAD:	
<p>Jeg har mottatt informasjon og er kjent med at opplysningene blir registrert elektronisk. Jeg er også kjent med at enkelte opplysninger brukes til statistikk etter at navn, personnummer og andre kjennetegn er anonymisert..</p> <p>Jeg bekrefter at dette samtykket er frivillig og at det når som helst kan trekkes tilbake.</p>	
DATO:	SØKERS UNDERSKRIFT:

FOR ETATEN	DATO:	SIGNATUR:
------------	-------	-----------

LEGEOPPLYSNINGER.

Til Legen:

Det er av stor betydning at tjenesten er kjent med søkers helsetilstand. Tjenesten ber om at resultater av undersøkelser og opplysninger om sykehusopphold blir vedlagt. Bruk gjerne eget ark, men ta med de opplysningene skjemaet etterspør.

1. DIAGNOSE (R)

2. SYKEHISTORIE MV.

2.1 Tidl. sykdommer/behandling

2.2 Utredning/rehab. Forsøk hittil

2.3 Aktuell problemstilling
Behov omsorg/pleie/transport

2.4 Stat. pres. (hjerte/karstatus)

2.5 Rehabiliteingspotensiale

2.6 (Lab. V/demens:CT caput)

2.7 (V/demens: nevr.us.)

3. FUNKSJONSEVNE:

**3.1 Motorikk,
selvhjulpenhet**

Ja

Nei

3.2 Mentalt

Ja

Nei

3.3 ADL

Ja

Nei

Går selv

Adekvat

Spiser selv

Stokk/krykke

Glemsk

Toalettbesøk

Rullestol

Deprimert

Vask/hygiene

Sengeliggende

Dement

Kontinent

Evt. Merknader

4. AKTUELL MEDIKASJON

5. SOSIALE FORHOLD

5.1 Boligforhold

5.2 Pårørende

5.3 Offentlig hjelp
(hj.hjlp.hj.spl.dagtilbud,transport)

6. BEGRUNNET VURDERING AV BEHOV (Økt hjelp/rehabilitering/dagtilbud/institusjon)

Sted, dato. Legens stempel / underskrift