



HENVENDELSE- OG SØKNADSBANKETT 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		REHABILITERING		TRYGDE BOLIG	
KORTTIDSOPPHOLD		OMSORGLØNN		OMSORGSBOLIG	

ANDRE TILTAK (legeopplysninger trenger ikke å fylles ut)					
HJEMMESYKEPLEIE		HJELPEMIDLER		DAGAVDELING	
AVLASTNING		TRYGGHETSALARM		VAKTMEST.TJENESTER	
PRAKTISK BISTAND		MATTILBUD			

OPPGI ÅRSÅK FOR SØKNAD:

--

Jeg har lest informasjonsbrosjyren og er kjent med at opplysningene blir registrert på edb. Jeg er også kjent med at enkelte opplysninger brukes til statistikk etter at navn, personnummer og andre kjennetegn er fjernet.
Jeg bekrefter at dette samtykket er frivillig og at det når som helst kan trekkes tilbake.

DATO:		SØKERS UNDERSKRIFT:	
FOR ETATEN	DATO:	SIGNATUR:	

LEGEOPPLYSNINGER.

Til Legen:

Det er nesten bestandig av stor betydning at tjenesten er kjent med så mange forhold som mulig vedrørende søkers helseforhold. Både for å kunne følge opp iverksatte tiltak og for å vite hvorfor tiltak er iverksatt, men også for å få kjennskap til hva som er gjort for å slippe å utføre de samme vurderinger og prosedyrer om igjen og hva som ikke er gjort og ikke vurdert, slik at dette evt kan gjennomføres. Vi ber derfor 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. (hjerne/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				

Evnt. Merknader

4. AKTUELL MEDIKASJON

5. SOSIALE FORHOLD

5.1 Boligforhold

5.2 Pårørende

5.3 Offentlig hjelp
(hj.hjlp.hj.sp1.dagtilbud.transport)

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

Sted, dato. Legens stempel / underskrift