



Kvæfjord kommune

Helse- og omsorgsavdelingen

Bygdevegen 26

9475 Borkenes

Unntatt offentlighet

jfr. OfI § 13, Fvl § 13, Hotjl § 12-1

SØKNAD OM TJENESTER FRA HELSE- OG OMSORGSAVDELINGEN

Etternavn:		Fornavn:	
Adresse:		Postnr og sted:	
Personnr: (11 siffer)		Fasttelefon:	
Sivilstand:	<input type="checkbox"/> Ugift	<input type="checkbox"/> Gift/samboer	Mobiltelefon:
	<input type="checkbox"/> Separert/skilt	<input type="checkbox"/> Enke-/mann	Barn under 18 år: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

	Navn:	Adresse:	Telefonnr:
Nærmeste pårørende:			
Verge (foresatte)			
Fastlege:		Legekontor:	
Nærmeste pårørende kan samtykke/medvirke på vegne av meg dersom jeg kommer i en situasjon hvor jeg ikke kan ivareta dette selv. Sett x (kryss) hvis ja. <input type="checkbox"/>			

Samtykkeerklæring til innhenting/utveksling av opplysninger:

- Jeg gir med dette Kvæfjord kommune fullmakt til å innhente de opplysninger som anses relevante for behandling av søknaden. Samtykke gjelder for følgende instanser: fastlege, spesialisthelsetjeneste, sosialtjenesten, NAV, skatteetaten, skole, SFO, barnevern.
- Jeg bekrefter at dette samtykke gis frivilling og at det når som helst kan trekkes tilbake.
- Såfremt tjenester innvilges, gjelder dette samtykke om utveksling av informasjon med relevante instanser videre så lenge tjenestene ytes.
- En pasient/bruker har mulighet til å kreve at navngitte personer ikke skal ha tilgang til pasientjournalen. Restriksjonen kan gjelde hele pasientjournalen eller enkeltelementer i journalen.
- Du kan reservere deg mot innhenting/utveksling av slike opplysninger. Hvis du ønsker å reservere deg, skriv her de instanser reservasjonen gjelder for:

TJENESTER DET SØKES OM – sett x (kryss)

HJEMMEBASERTE TJENESTER	
Hjemmesykepleie	
Tilsyn	
Hjelp i hjemmet	
Opplæring	
Avlastning barn/unge	
Støttekontakt	
Omsorgstønad	
BPA (brukerstyrt personlig assistanse)	
Annet – spesifisèr	
OPPHOLD I INSTITUSJON	
Langtidsopphold – sykehjem	
Avlastning/korttidsopphold	

BOLIGER	
Boas	
MiniBoas	
Langvassbukt	
Annen bolig – spesifisèr	
Boligtilpasning	
ANDRE TJENESTER	
Dagsenter	
Trygghetstelefon	
Psykososiale tiltak/samtaler	
Kreftsykepleier	
Annet – spesifisèr	

Beskriv behovet for bistand og årsaken til dette:

Underskrift:

Sted og dato:

Søkers underskrift:

Dersom søknaden er fylt ut på vegne av søker:

Navn:

Telefon: