



Vestby
kommune

**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		BPA (brukerstyrt personlig assistent)	

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

OPPGI ÅRSÅK FOR SØKNAD:

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.
Jeg bekrefter at dette samtykket er frivillig og at det når som helst kan trekkes tilbake.

DATO:	SØKERS UNDERSKRIFT:
FOR ETATEN	DATO:
SIGNATUR:	

Adresse: Hjemmetjenesten, Speiderveien 12, 1540 Vestby Tlf 64 98 04 00/64980380 Fax 64 98 05 04
 Adresse: Vestby sykehjem, Randembakken 5, 1540 Vestby Tlf. 64 98 24 20 Fax 64 98 24 21
 Adresse: Rehabiliteringsavdelingen, Postboks 144, 1541 Vestby Tlf. 64 98 01 00 Fax 64 98 03 35
 Adresse:Rustjenesten, Postboks 144, 1541 Vestby tlf. 974 80 112/ 982 03 506/ 982 03 505

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.sp1,dagtilbud,transport)

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

Sted, dato. Legens stempel / underskrift