



SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Søker	Etternavn, Fornavn:		Fødselsnr.:
	Adresse:		Tlf/mobil:
	Postnr.:	Sted:	Fastlege:
	Sivil status:	Separert/skilt: Gift:	Enke/enkemann: Ugift:
Pårørende	Etternavn:, Fornavn:		
	Adresse:		
	Tilknytning til søker:		Tlf/mobil:
Søknaden gjelder	Sykehjem:	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold <input type="checkbox"/> Korttidsopphold <input type="checkbox"/> Avlastningsopphold <input type="checkbox"/> Dag- /nattopphold	
	Tjenester knyttet til hjemmet:	<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp <input type="checkbox"/> Miljøarbeidertjenesten <input type="checkbox"/> Dagtilbud for personer med demens <input type="checkbox"/> Kreftsykepleie	<input type="checkbox"/> Støttekontakt/fritidskontakt <input type="checkbox"/> Lindrende team <input type="checkbox"/> Omsorgslønn <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm <input type="checkbox"/> Matombringing <input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> Velferdsteknologi
	Psykososialt team:	<input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste <input type="checkbox"/> Rusomsorg	
	Bolig:	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig	
	Rehabilitering:	<input type="checkbox"/> Hverdagsrehabilitering <input type="checkbox"/> Kommunal rehabilitering (Namdal rehabilitering)	
	Barn/unge:	<input type="checkbox"/> Fritidskontakt <input type="checkbox"/> Avlastning <input type="checkbox"/> Annet: _____	
	Koordinerende enhet:	<input type="checkbox"/> Individuell plan <input type="checkbox"/> Koordinator	
Bakgrunn for søknaden	Nærmere beskrivelse av hva det søkes om, hvorfor, og hvor ofte:		
Fullmakt	Jeg gir med dette helse- og omsorgstjenesten i Høylandet kommune fullmakt til å innhente de opplysninger som anses som nødvendig for behandlingen av søknaden. Jeg er oppmerksom på at det må betales for enkelte av tjenestene i helse- og omsorgstjenesten.		
Signatur	Dato, sted	Underskrift	
Søknaden sendes Høylandet kommune, v/saksbehandler for helse- og omsorgstjenesten, Vargeia 25, 7877 Høylandet. Tlf 468 81463.			

INFORMASJON TIL SØKERE AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.

- Helse- og omsorgstjenestene i Høylandet kommune er delt inn i flere tjenesteområder, som samarbeider for å skape et godt tilbud til den enkelte bruker av tjenesten.
- Søknader om tjenester behandles elektronisk, og som oftest tverrfaglig. IPLOS blir kartlagt.
- Underskrevet samtykkeerklæring gir de forskjellige avdelingene anledning til å samarbeide uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, jfr. *Forvaltningsloven § 13 til 13e, Pasientrettighetsloven § 3-6 og Helsepersonelloven Kap 5 §21 til 29 m.flere.*
- Helse- og omsorgstjenesten kan etter samtykke innhente opplysninger fra andre om forhold som angår den enkelte bruker. Samtykket gjelder denne saken og for de opplysninger som er nødvendig for å yte best mulig helsehjelp.

SAMTYKKEERKLÆRING

- Jeg gir med dette Høylandet kommune, ved helse- og omsorgstjenesten fullmakt til å innhente de opplysninger som anses som nødvendige for behandling av søknaden. Dette kan være opplysninger fra fastlege, sykehus, fysioterapeut, Nav, BUP, PPT, o.l.
- Jeg er innforstått med at min henvendelse blir vurdert tverrfaglig.
- Jeg er informert om at mine opplysninger, som involverte parter får informasjon om, er underlagt taushetsplikt.
- Jeg gir samtykke til at informasjon kan gis til tannhelsetjenesten om jeg mottar bistand fra helse- og omsorgstjenesten.
- Jeg bekrefter at samtykket gis frivillig og at det når som helst kan trekkes tilbake.
- Jeg samtykker i at det ved behov opprettes ansvarsgruppe rundt meg, bestående av fagpersoner og eventuelt pårørende, som får tilgang til relevante opplysninger om meg.
- Som søker har jeg reservasjonsrettigheter i forbindelse med innhenting av personlige opplysninger.

Jeg reserverer meg mot at opplysninger hentes/gis til (følgende instanser):

.....

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

Sted /dato: _____

Søkers /brukers underskrift: _____