|  |
| --- |
| Høylandet kommune **SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER** |
| **Søker** | Etternavn, Fornavn: | Fødselsnr.: |
| Adresse: | Tlf/mobil: |
| Postnr.: Sted: | Fastlege: |
|  | Sivil status: | Separert/skilt: Enke/enkemann:Gift: Ugift: | Bor sammen med: |
| **Pårørende** | Etternavn:, Fornavn: |
| Adresse: |
| Tilknytning til søker: | Tlf/mobil: |
| **Søknaden gjelder** | **Sykehjem:** | □ Langtidsopphold □ Avlastningsopphold□ Korttidsopphold □ Dag- /nattopphold |
| **Tjenester knyttet til hjemmet:** | □ Hjemmesykepleie □ Hjemmehjelp □ Miljøarbeidertjenesten □ Dagtilbud for personer med demens □ Kreftsykepleie  | □ Støttekontakt □ Lindrende team□ Omsorgslønn □ Trygghetsalarm □ Matombringing□ BPA |
| **Psykososialt team:** | □ Psykisk helsetjeneste □ Rusomsorg |
| **Bolig:** | □ Omsorgsbolig |
| **Rehabilitering:** | □ Hverdagsrehabilitering□ Kommunal rehabilitering (Namdal rehabilitering) |
|  | **Barn/unge:** | □ Fritidskontakt □ Avlastning □ Annet:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Koordinerende enhet:** | □ Individuell plan□ 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 omsorgtjenesten, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_