

## SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTENESTER

PERSONALIA:		
Namn:		Fødselsnr:
Adresse:		
Postnr.	Stad:	Telefon:
Fastlege:		Sivilstand:
Ektefelle/Sambuar sitt namn:		Telefon:
Evt. andre pårørande sitt namn: - (1)	Relasjon:	Telefon:
Evt. andre pårørande sitt namn: - (2)	Relasjon:	Telefon:

Bu / heime-tilhøve:
Butilhøve: er bustaden eigna for den hjelpetrengjande / har bustaden trong for utbetringar
Kva hjelp har du i dag: kven har du evt kontakt med t.d. helse og omsorg, barnevern, NAV, oppvekst m.m

Kva hjelp har du trong for ?
-
-
-
-
-
-
-
<input type="checkbox"/> Er det trong for langvarige og koordinerte tenester ?

FULLMAKT - UNDERSKRIFT		
Eg gir sakshandsamar v/Bestillarkontoret fullmakt til å innhenta naudsynte medisinske opplysningar for å behandla søknaden, samt utveksla informasjon med anna helsepersonell /samarbeidspartnarar involvert i behandlinga. Det gis fullmakt til å innhenta naudsynte inntektsopplysningar.		
Stad	Dato	Søkjaren si underskrift:
Stad	Dato	Fullmektig/verje si underskrift

## FAGPERSONALET SI VURDERING:

### Medisinske opplysingar:

Diagnosar/ICPC kode og navn:

Ipløsregistrering utført dato:

### Aktuell problemstilling/Vurdert hjelpebehov:

Dato:

Tenesteområde:

Signatur av fagpersonell: