



TILDELINGSENHETEN

SØKNAD OM PLEIE – OG OMSORGSTJENESTER (Sett kryss)

Merk: Søknaden skal alltid være underskrevet av søker selv.

Hvilke tjenester antar du at du har behov for?

<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm * se nedenfor	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig
<input type="checkbox"/> Matombringing	<input type="checkbox"/> Annen bolig
<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp (Praktisk bistand daglige gjøremål)	<input type="checkbox"/> Omsorgsstønad
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand og opplæring	<input type="checkbox"/> Avlastning utenfor institusjon
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie (Pleie og omsorg utenf. inst.)	<input type="checkbox"/> Avlastning i institusjon
<input type="checkbox"/> BPA – Brukerstyrt personlig assistanse	<input type="checkbox"/> Korttidsopphold / rehabiliteringsopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Dagsenter	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Dagsenter rehabilitering	<input type="checkbox"/> Rus/psykiatritjenester (henvisning fra spesialist eller fastlege må følge søknaden)
<input type="checkbox"/> Transport (Til/fra dagsenter)	

***Hvis du søker om trygghetsalarm og bor i et sameie el. borettslag m/felles inngang, må disse opplysningene vedlegges:**

Sameiets navn:	Styreleders telefon nr.:
Styreleders navn:	Styreleders e-postadr:

SØKER

Fornavn	Etternavn	
Adresse	Postnr.	Poststed
Fødselsnr. (11 siffer)	Tlf. Priv.	Tlf. mob.
Sivilstatus	<input type="checkbox"/> Ugift	<input type="checkbox"/> Gift
	<input type="checkbox"/> Samboer	<input type="checkbox"/> Enke /-mann

NÆRMESTE PÅRØRENDE / KONTAKTPERSON

Fornavn	Etternavn	
Adresse	Postnr.	Poststed
Tilknytning / slektsforhold	Tlf. priv.	Tlf. mob.

SØKERS FASTLEGE

Fornavn	Etternavn	
Adresse	Tlf.	



TILDELINGSENHETEN

RELEVANTE LEGEOPPLYSNINGER ved søknad om pleie – og omsorgstjenester

OBS! FYLLES UT AV FASTLEGE / BEHANDLENDE LEGE

LEGEOPPLYSNINGER / MEDISINSKE OPPLYSNINGER KAN OGSÅ SENDES INN SOM E-MELDING.

Tildelingsenheten behandler søknader om følgende tjenester:

<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm	<input type="checkbox"/> Brukerstyrt pers. ass.	<input type="checkbox"/> Annen bolig
<input type="checkbox"/> Matombringing	<input type="checkbox"/> Dagsenter	<input type="checkbox"/> Avlastning i institusjon
<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp/praktisk bistand	<input type="checkbox"/> Dagsenter rehabilitering	<input type="checkbox"/> Avlastning utenfor institusjon
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand og opplæring	<input type="checkbox"/> Transport til/fra dagsenter	<input type="checkbox"/> Korttidsopphold/rehabiliterings-
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/> Omsorgsstønad	opphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Rus/psykiatritjenester	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon

Navn på søker	Fødselsnr.
Adresse	Postnr./sted
Fastlege	Tlf. fastlege

Mental status

Somatisk status og funksjonsnivå

Evt. andre opplysninger

Diagnose: Innføring av IPLOS (Individbasert pleie – og omsorgsstatistikk) i alle landets kommuner krever at vi benytter og registrer diagnoser etter ICPC-2. Iflg. Veileder –registrering av IPLOS – opplysninger, versjon 1.2, okt. 2005 gjelder dette sykdom som er årsak til funksjonssvikten som ligger til grunn for tjenestebehov. Fastlege, tilsynslege eller andre leger avgjør hvilke diagnose® som er relevante. Tidspunkt for sykdomsdebut registreres, når dette er kjent.

ICPC kode		Navn	
ICPC kode		Navn	
ICPC kode		Navn	
ICPC kode		Navn	

Medikamenter: Legg evt. ved medisinliste

Samtykker pasienten til søknaden: Ja Nei

Sted	Dato
Underskrift lege	Stempel