



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	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig
<input type="checkbox"/> Matombringing	<input type="checkbox"/> Annen bolig
<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp (Praktisk bistand daglige gjøremål)	<input type="checkbox"/> Omsorgslønn
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand og opplæring	<input type="checkbox"/> Avlastning utenfor institusjon
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie (Pleie og omsorg utenfor inst.)	<input type="checkbox"/> Avlastning i institusjon
<input type="checkbox"/> BPA – Brukerstyrt personlig assistanse	<input type="checkbox"/> Korttidsopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Dagsenter	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Dagsenter rehabilitering	
<input type="checkbox"/> Transport (Til/fra dagsenter)	

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.



RUF - Tildelingsavdelingen

NÅVÆRENDE BOLIG / BOLIGTYPE			
<input type="checkbox"/> Enebolig	<input type="checkbox"/> Leilighet	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig	<input type="checkbox"/> Kommunal bolig
Bad / dusj i hovedetg.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Heis i bygningen			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er boligen uhensiktsmessig i forhold til din funksjon			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Mottar du andre tjenester fra kommunen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Mottar du privat hjelp	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Samtykke til å innhente nødvendige opplysninger for å behandle søknaden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN (Beskrivelse av din helsemessige situasjon / utfyllende opplysninger)

Fylt ut av:
OBS! RELEVANTE / NYE LEGEOPPLYSNINGER SKAL FØLGE SØKNADEN (se legeopplysningsskjema s.3)

Sted:	Dato
Søkers underskrift	
Underskrift hjelpeverge / pårørende	



RELEVANTE LEGEOPPLYSNINGER ved søknad om pleie – og omsorgstjenester

Fylles ut av fastlege / behandlende lege

Tildelingsavdelingen behandler søknader om følgende tjenester:

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

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

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