

	Ny bruker
	Endring

Bestillerenheten – helse og omsorg

Søknad om tjenester

Unntatt fra offentlighet, jfr. Off. loven § 13.

Navn (søker):		Fødselsnr. (11 siffer):
Adresse:		Telefon:
Sivilstatus:	Bor alene/sammen med andre:	Mobiltelefon:
Hovedpårørende:	Slektskap:	Privattelefon:
Adresse:		Telefon arbeid:
		Mobiltelefon:
Fastlege:	Verge:	
Hva er viktig for deg i din situasjon nå? (benytt ekstra ark ved behov):		

Du finner informasjon om helse- og omsorgstjenester på Grimstad kommune sin hjemmesiden: www.grimstad.kommune.no

Sted: _____ Dato: _____ Underskrift: _____

Søknadshjelper: _____ Tilknytning: _____

Bestillerenheten – helse og omsorg

Opplysninger fra tjenesten:

Dersom du/dere allerede mottar helse- og omsorgstjenester skal tjenesten gi utfyllende opplysninger (Pkt. 1 – 7).
Opplysninger som fremkommer vil bli benyttet i saksutredningen.

1. Diagnose: _____

2. Omfang av dagens tjenester: _____

3. Problemstilling: _____

4. Anbefalt antall besøk (hvor ofte tjenesten bør gis) pr. døgn/uke _____

5. IPLOS - registrering skal være oppdatert: Ja

6. **Hva er IPLOS?** Noen av opplysningene som kommunen ber deg om, blir registrert etter en egen standard og sendt til et sentralt register kalt IPLOS. Her blir opplysningene oppbevart. Registeret skal brukes til statistikk og forskning. Ditt navn og din adresse vil ikke finnes i IPLOS-registeret. Mer om dette kan du lese om på www.helsedirektoratet.no

7. Reservasjon mot innsending av diagnose til IPLOS registeret: Ja Nei

Dato: _____

Tjenesteutfører : _____ Fagleder: _____

Søknaden sendes:

Bestillerenheten, Grimstad kommune
Postboks 123, 4891 Grimstad.

Besøksadresse: Rådhuset, Arendalsveien 23.
Telefon: 37 25 03 00

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker til at saksbehandler i Bestillerenheten

- Innhenter nødvendige opplysninger og dokumentasjon for å kunne utrede mitt hjelpebehov i forbindelse med søknad om helse-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester fra:

(For eksempel: lege, sykehus, kommunale tjenester, NAV)

- Gir nødvendige opplysninger og dokumentasjon om min helsetilstand i forbindelse med at helsehjelp skal ytes. (Til den tjenesten som skal gi helse-/omsorgstj.): _____

Hvem har fylt ut samtykkeerklæringen:

Jeg fyller ut denne samtykkeerklæringen selv

Partsrepresentant _____ har fylt ut erklæringen.

Jeg har fått hjelp til å fylle ut denne erklæringen av _____

Samtykket gjelder fra _____ til _____

Andre begrensninger: _____

Navn: _____

Personnummer: _____

Sted/dato: _____