



Våler kommune

SØKNADSSKJEMA HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Navn:	Fødselsnr.: (11 siffer)
Adresse:	Telefon:
Sivilstand: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Enke- /mann	Mobiltelefon / Telefon arbeid:
Fastlege:	Telefon fastlege:

Nærmeste pårørende:	Relasjon:	Privattelefon:
Adresse:		Telefon arbeid:

Ønsket tiltak (kryss av):

<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/> Ergoterapi	<input type="checkbox"/> Avlastning sykehjem	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig
<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/> Fysioterapi	<input type="checkbox"/> Korttidsopphold	<input type="checkbox"/> Trygdebolig
<input type="checkbox"/> Vask av tøy	<input type="checkbox"/> Individuell plan	<input type="checkbox"/> Langtidsplass	<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm
<input type="checkbox"/> Middag	<input type="checkbox"/> Psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/> Rehabiliteringsopphold	<input type="checkbox"/> Bemannet bolig

Begrunnelse for søknad:

--

Ifølge IPLOS-forskriftens § 2-1 vil kommunen sende inn IPLOS-data i forbindelse med kommunal og statlig rapportering. All informasjon anonymiseres.

Fullmakt /samtykkeerklæring (se baksiden)

Dato:

Signatur søker

Ved telefonhenvendelse
(Utfylles av den som mottar henvendelsen)

Søknaden sendes: Våler kommune, Kjosveien 1, 1592 Våler



SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnede,

samtykker i at det kan utveksles nødvendige opplysninger, uten hinder av taushetsplikt, med følgende instanser:

Sett kryss:
<input type="checkbox"/> Fastlege
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie
<input type="checkbox"/> Sykehjem
<input type="checkbox"/> Psykisk helsearbeid
<input type="checkbox"/> Fysioterapeut
<input type="checkbox"/> Ergoterapeut
<input type="checkbox"/> Helsestasjon
<input type="checkbox"/> Skolehelsetjeneste
<input type="checkbox"/> Barneverntjeneste
<input type="checkbox"/> NAV
<input type="checkbox"/> DPS, Distriktpsikiatrisk senter / poliklinikk
<input type="checkbox"/> BUP, Barne- og ungdomspsykiatri
<input type="checkbox"/> Andre (spesifiser på linjen under)

En eventuell tilbakekalling av denne fullmakten gjøres skriftlig.

Dato:

Sted:

Underskrift