

SØKNAD OM HJEMMETJENESTER - INSTITUSJONSOPPHOLD

(Konfidensielt)

Søkerens navn:	Adresse:	Boforhold:
Fødselsnummer: (11 siffer)	Telefon:	Bor alene <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Enebolig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Generasjonsbolig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Husstanden består forøvrig av:		
Nærmeste pårørende: Navn, adresse og telefon:		

JEG SØKER OM/TRENGER HJELP TIL: (Egenvurdering av behov)

INSTITUSJONSOPPHOLD: <input type="checkbox"/> Dagopphold <input type="checkbox"/> Nattopphold <input type="checkbox"/> Korttidsopphold - avlastning <input type="checkbox"/> Korttidsopphold - rehabilitering <input type="checkbox"/> Langtidsopphold Ved korttidsopphold oppgi ønske om tidsrom for oppholdet: Fra dato: Til dato:	HJEMMETJENESTER: <input type="checkbox"/> Morgenstell <input type="checkbox"/> Kveldsstell <input type="checkbox"/> Snøbrøyting <input type="checkbox"/> Sårstell <input type="checkbox"/> Dusj/bad <input type="checkbox"/> Matombringing <input type="checkbox"/> Medisiner/injeksjoner <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm <input type="checkbox"/> Renhold <input type="checkbox"/> Klesvask <input type="checkbox"/> Nøkkelboks <input type="checkbox"/> Innkjøp <input type="checkbox"/> Matlaging <input type="checkbox"/> Annet, oppgi hva: <input type="checkbox"/> Aktivisering
--	--

Begrunnelse for ønsket om hjelp:

Medisinske opplysninger / andre opplysninger - egenvurdering:

Ønske om tidspunkt for hjemmetjenesten	Ønske om hjelper(e):
Dag(er):	Klokkeslett:

UNDERSKRIFT som også bekrefter at jeg gir pleie- og omsorgsavdelingen i Dovre fullmakt til å innhente de opplysningene som anses relevante for en rettferdig behandling av søknaden, og at opplysningene blir statistisk bearbeidet i anonymisert form (IPLOS).

Sted og dato:	Søkerens underskrift:
----------------------	------------------------------

Denne siden er for internt bruk, og skal ikke fylles ut av søker

**BEHANDLING AV SØKNAD OM HJEMMETJENESTER - INSTITUSJONSOPPHOLD
(Konfidensielt)**

Søknaden mottatt dato:	Hjemmebesøk ved:	Dato:
------------------------	------------------	-------

Tilleggsopplysninger medisinske forhold:

Andre tilleggsopplysninger av betydning for søknaden:

SØKNADEN ANBEFALES: Innvilget Avslått

Følgende tiltak anbefales:

INSTITUSJONSOPPHOLD: <input type="checkbox"/> Dagopphold <input type="checkbox"/> Nattopphold <input type="checkbox"/> Korttidsopphold - avlastning <input type="checkbox"/> Korttidsopphold - rehabilitering <input type="checkbox"/> Langtidsopphold	HJEMMETJENESTER: <input type="checkbox"/> Morgenstell <input type="checkbox"/> Kveldsstell <input type="checkbox"/> Plenklipping / snøbrøyting <input type="checkbox"/> Sårstell <input type="checkbox"/> Dusj/bad <input type="checkbox"/> Vedarbeid <input type="checkbox"/> Medisiner/injeksjoner <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm <input type="checkbox"/> Renhold <input type="checkbox"/> Klesvask <input type="checkbox"/> Nøkkelboks <input type="checkbox"/> Innkjøp <input type="checkbox"/> Matlaging <input type="checkbox"/> Matombringing <input type="checkbox"/> Aktivisering <input type="checkbox"/> Annet, oppgi hva:
---	--

Tidsrom:	Fra dato:	Tidsrom:	Fra dato:	Omfang:
	Til dato:		Til dato:	