



DOVRE KOMMUNE

Pleie- og omsorgsavdelingen

Hjerleids vei, 2662 Dovre

Telefon 61 24 20 20

Telefaks 61 24 20 21

e-post: fredheim.omsorgssenter@dovre.kommune.no

www.dovre.kommune.no

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: Navn: _____ Fødselsnummer: _____		
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: _____
---	---

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: _____
-------------------------------	---------------------------------------

**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:

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

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