



SKAUN KOMMUNE

Søknad om helse- og omsorgstjenester

Søker			
Navn:	Fødselsnummer (11 siffer):	Botid i kommunen:	
Adresse, postnr./sted:	Bostedkommune:	Telefon:	Mobil:
Statsborgerskap:	Sivilstatus/bor sammen med:		
Hovedpårørende:	Tilknytning:		
Adresse:	Telefon:	Mobil:	
Type tjenester			
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/> Institusjonsplass, kort		
<input type="checkbox"/> Dagplass	<input type="checkbox"/> Institusjonsplass, lang		
<input type="checkbox"/> Middagsombringning	<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm		
<input type="checkbox"/> Ledsagerbevis (legg ved bilde)	<input type="checkbox"/> Omsorgslønn		
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand	<input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)		
<input type="checkbox"/> Boveiledning	<input type="checkbox"/> Annet		
Begrunnelse for søknaden:			
Diverse opplysninger og underskrift			
Pasientens fastlege:			
Adresse:	Telefonnummer:		
Samtykke og underskrift			
Jeg gir samtykke i at opplysninger gitt til helsetjeneste blir registrert på kommunens saksbehandlingsprogram, og at ansatte i helse og omsorgstjenesten kan samarbeide tverretattlig når hensikten er å gi meg et helhetlig og best mulig tilbud. Jeg må ellers forvente at kommunens ansatte forholder seg til sin taushetsplikt.			
Sted/dato:	Søkers underskrift:		

