

**Helse og omsorgstjenester til personer i Holtålen kommune***Unntatt for offentlighet, jfr. Offentlighetsloven §13*

| | | | | | |
|--|--------|-------------|----------------|------------|--|
| Søkeren (den som søker tjenester) | | | | | |
| Navn (Etternavn, fornavn mellomnavn) | | | | Fødselsnr. | |
| Adresse | | | Postnr. | Poststed | |
| E-post adresse | | | | | |
| Mann | Kvinne | Sivilstand | | Tlf.nr | |
| Ansvar for barn under 18 år | | | Behov for tolk | Type tolk | |
| Nærmeste pårørende | | | | | |
| Navn (Etternavn, fornavn mellomnavn) | | | | | |
| Adresse | | | Postnr. | Poststed | |
| Mann | Kvinne | Tilknytning | | Tlf.nr | |
| Andre pårørende | | | | | |
| Er det flere parter i saken? (ved søknad om omsorgslønn eller avlastning) | | | | | |
| Navn | | | Fødselsnr. | | |
| Adresse | | | Postnr. | Poststed | |
| Mann | Kvinne | Tilknytning | | Tlf.nr. | |
| Evt. Merknad | | | | | |

Fylles ut av den som søker tjenester:

| Omsorgsopplysninger | JA | NEI |
|-------------------------------------|----|-----|
| Har du omsorg for barn under 18 år? | | |
| Har du omsorg for andre? | | |
| Bor du alene? | | |

Hva er det du opplever som vanskelig i hverdagen? Beskriv:

Hva tror du kan bidra til å løse problemet? Beskriv:

Hvor god gangfunksjon har du inne? Kryss for det som passer

| | |
|--|--|
| Klarer meg selv | |
| Bruker ganghjelpemidler, men klarer meg selv | |
| Trenger følge | |

Hvor god gangfunksjon har du ute? Kryss for det som passer

| | |
|--|--|
| Klarer meg selv | |
| Bruker ganghjelpemidler, men klarer meg selv | |
| Trenger følge | |

Hvor selvstendig er du i personlig hygiene? Kryss for det som passer

| | |
|---------------------------------|--|
| Klarer meg selv | |
| Trenger hjelp til noe/av og til | |

| | |
|----------------------------------|--|
| Trenger hjelp til alt/hele tiden | |
|----------------------------------|--|

Hvor selvhjulpen er du i forhold til måltider og husholdningsoppgaver? Kryss for det som passer

| | |
|----------------------------------|--|
| Klarer meg selv | |
| Trenger hjelp til noe/av og til | |
| Trenger hjelp til alt/hele tiden | |

Hvor trygg føler du deg? Kryss for det som passer

| | |
|---------------------------------|--|
| Jeg føler meg trygg | |
| Jeg føler meg utrygg av og til | |
| Jeg føler meg utrygg hele tiden | |

Er behovet/situasjon nyoppstått eller utviklet seg gradvis?

| | |
|--|--|
| Behovet/situasjon er nyoppstått | |
| Behovet/situasjonen har utviklet seg gradvis | |

Jeg bekrefter at opplysningene i skjemaet er riktige og gir med dette Holtålen kommune fullmakt til å innhente og registrere opplysninger som ansees nødvendig for behandling av saken jmf Helsepersonelloven §25 om opplysninger til samarbeidende helsepersonell.

Sted: _____

dato: _____

Søkers samtykke og underskrift: _____

Dersom søker ikke har samtykkekompetanse (PBR kap 4) ber vi om at pårørende eller verge bekrefter søknaden nedenfor.

Jeg bekrefter at de spørsmål og svar som står i dette skjemaet er opplest for søkeren, og at hen sier seg enig at det søkes om denne/disse tjenestene.

Sted: _____

dato: _____

Underskrift: _____

Legg ved relevante dokumenter