

Søknads-/henvendelseskjema for psykisk helse - og rusarbeid



Konfidensielt- jfr. Offentlighetsloven § 5 A

Søknad / henvendelse fra (fylles ut av helsepersonell)	
Pasient: <input type="checkbox"/> Lege: <input type="checkbox"/> Sykehus/institusjon: <input type="checkbox"/> Psykiatrisk poliklinikk: <input type="checkbox"/> NAV: <input type="checkbox"/> Barnevern: <input type="checkbox"/>	
Hjemmetjenesten: <input type="checkbox"/> Helsestasjon: <input type="checkbox"/> Andre: _____	
Henvendelsen mottatt	
Dato	Underskrift

Personopplysninger		
Navn	Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse	Postnummer/poststed	
Sivilstand		
Ugift: <input type="checkbox"/> Gift: <input type="checkbox"/> Samboer: <input type="checkbox"/> Separert/skilt: <input type="checkbox"/> Enke/enkemann: <input type="checkbox"/> Partnerskap: <input type="checkbox"/>		
Annet: _____		
Telefon		
Mobil:	Tlf.arbeid:	Ev.andre tlf. nr. du kan nå på:
Bolig		
Egen bolig: <input type="checkbox"/>	Kommunal bolig: <input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig/tilrettelagt bolig: <input type="checkbox"/>
Annet: _____		
Bor alene <input type="checkbox"/>	Bor sammen med andre <input type="checkbox"/>	Bor sammen med foreldre <input type="checkbox"/>
Er boligen egnet for søker/tjenestemottaker? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Hjelpeapparat		
Fastlege:		
Adr. _____		
Postnr. og sted: _____		
Er du vurdert av lege siste 12 mnd? Ja <input type="checkbox"/> Oppgi mnd/år : _____ Nei <input type="checkbox"/>		
Nærmeste pårørende:		Slektskap/relasjon:
Adr.: _____		Tlf. _____
Postnr. og sted: _____		
Har du privat, ikke betalt hjelp? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, antall timer pr. uke _____		
Mottar du annen hjelp fra det offentlige, oppgi hva slags hjelp: _____		
Har du individuell plan? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ansvarsgruppe? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Ev. verge, oppgi navn, adr. og telefonnummer: _____		

Har du barn under 18 år ?Ja Nei **Søknaden gjelder:****Fylles ut av søker.**

Hva er bakgrunnen for henvendelsen/søknaden? Gi en kort beskrivelse av din situasjon og hvordan du vurderer dine behov for helsehjelp.

Fortsett på eget ark ved behov

Informasjon, samtykke og underskrift

Jeg har mottatt orientering om IPLOS- registeret, og er kjent med at kommunen registrerer og sender anonyme opplysninger til det sentrale IPLOS- registeret (se utdelt brosjyre). Som tjenestemottaker har jeg rett til å reservere meg mot at diagnoseopplysninger blir sendt til IPLOS-registeret.
Jeg reserverer meg mot innsending av diagnoseopplysninger til IPLOS-registeret: Ja Nei

Jeg er informert om at når jeg skriver under søknaden gir jeg samtykke til at Rindal kommune kan :
- innhente nødvendige opplysninger for å behandle min henvendelse/søknad.
- innhente og utveksle nødvendige opplysninger med fastlege, sykehus, NAV, helsestasjon og andre aktuelle samarbeidspartnere, når hensikten er å gi meg et samordna og best mulig tjenestetilbud.

Samtykket kan til enhver tid begrenses eller trekkes tilbake.
Reservasjon :

Underskrift av søker

Sted og dato

Underskrift

Sign. søker

Sted og dato

Informasjon er gitt og samtykket innhentet av kommunens representant:

Sign.

Søknaden sendes/leveres til:

Rindal kommune
Psykisk helsetjeneste
Sjukeheimsvegen 6
6657 Rindal

Tlf. 958 48 911