



## SØKNADS-/HENVENDELSESSKJEMA FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE

SØKER:			
Etternavn og fornavn:		Fødselsnummer: (11 siffer)	
Adresse:		SIVILSTAND:	
Postnr. /sted:		Gift: <input type="checkbox"/>	Samboende: <input type="checkbox"/>
Tlf. Privat:		Enke /mann: <input type="checkbox"/>	Ugift: <input type="checkbox"/>
Tlf. arbeid:		Skilt /separert: <input type="checkbox"/>	
Nærmeste pårørende:		Slektsforhold:	
Adresse:	Postnr. /sted:	Tlf. privat:	Tlf. arbeid:
Verge evt. hjelpeverge:		Adresse:	
Postnr. /Poststed		Tlf. privat:	Tlf. arbeid:

HENVENDELSE:			
Bruker: <input type="checkbox"/>	Pårørende: <input type="checkbox"/>	Lege: <input type="checkbox"/>	St. Olavs Hospital: <input type="checkbox"/>
Psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/>	Helsesøster <input type="checkbox"/>	Andre:	
Fastlege:			
Henvendelsesdato:		Dato/sign. for mottatt henvendelse:	
Søknaden gjelder:			

SØKNADEN GJELDER			
Hjemmesykepleie		Institusjon korttidsopphold (utredning, rehabilitering, annet)	
Hjemmehjelp		Institusjon langtidsopphold	
Matombringing		Institusjon avlastning	
Trygghetsalarm		Institusjon dagopphold	
Dagtilbud		Institusjon nattopphold	
Hverdagsrehabilitering		Omsorgsbolig	
Støttekontakt			
Omsorgsstønad			

**BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN:**

Side 1 av 2 Konfidensielt – jfr. Offentlighetsloven § 5 A

**Ved underskrift gir jeg:**

- samtykke til at nødvendige opplysninger om min helse og behandling kan innhentes og gis til samarbeidende helsepersonell som er med i behandlingen av meg
- samtykke til å innhente nødvendige inntektsopplysninger

**UNDERSKRIFT:**

Sted	Underskrift søker:	Evt. pårørendes underskrift:
Dato		

Søknad sendes/leveres til: Rindal kommune  
Helse- og omsorgsavdelingen  
Sjukeheimsvegen 6  
6657 Rindal