



Heim kommune

## Søknad på tjenester fra Helse og mestring

Navn og adresse:		Fødselsnr:	
Pårørende/Foresatte:		Telefon:	
Fastlege:		Verge:	

<b>Kryss av for hvilke tjeneste/er søknaden gjelder:</b>	<input type="checkbox"/> Korttidsopphold	<input type="checkbox"/> Hjemmetjenester	<input type="checkbox"/> Hverdagsrehabilitering	<input type="checkbox"/> BPA
	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold	<input type="checkbox"/> Praktisk bistand	<input type="checkbox"/> Demensteam	<input type="checkbox"/> Logoped
	<input type="checkbox"/> Avlastning	<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm	<input type="checkbox"/> Kreftsykepleie	<input type="checkbox"/> Fysioterapi
	<input type="checkbox"/> Dag/nattopphold	<input type="checkbox"/> Matombringing	<input type="checkbox"/> Omsorgsstønning	<input type="checkbox"/> Ergoterapi
	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig	<input type="checkbox"/> Barnekoordinator	<input type="checkbox"/> IP/Koordinator	<input type="checkbox"/> Psykisk helse og rus

<b>Beskriv ditt hjelpebehov:</b>	
<b>Diagnose(r)</b>	
<b>Mottar du tjenester fra før? Evt. Hvilke?</b>	

Jeg samtykker til at Heim kommune kan innhente relevant informasjon angående min helsetilstand, som er nødvendig for å behandle søknaden og utøve tjenesten uten hinder for lovpålagt taushetsplikt. Opplysningene behandles konfidensielt.

Sted/Dato:

Underskrift:

<b>Muntlig</b>	Sted/Dato:	Underskrift:
----------------	------------	--------------