



Heim kommune

Søknad på tjenester fra Helse og mestring

Navn og adresse:		Telefon:	
Fødselsnr.:			
Pårørende/Foresatte, slektskap:		Telefon	
Fastlege:		Verge	
		Navn:	

Kryss av for hvilke tjeneste/er søknaden gjelder	<input type="checkbox"/> Korttidsopphold	<input type="checkbox"/> Hjemmetjenester	<input type="checkbox"/> Hverdagsrehabilitering
	<input type="checkbox"/> Avlastning	<input type="checkbox"/> Praktisk bistand	<input type="checkbox"/> Demensteam
	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold	<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm	<input type="checkbox"/> Kreftsykepleie
	<input type="checkbox"/> Psykisk helse og rus	<input type="checkbox"/> Matombringing	<input type="checkbox"/> Omsorgsstønad
	<input type="checkbox"/> BPA	<input type="checkbox"/> Individuell plan	<input type="checkbox"/> Dag/nattopphold
	<input type="checkbox"/> Ergoterapi	<input type="checkbox"/> Fysioterapi	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig
Beskriv ditt hjelpebehov:			
Diagnose(r)			
Mottar du tjenester fra før? Evt. Hvilke?			
	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:	
Muntlig Henvendelse:	Sted/Dato:	Underskrift	