



## TILDELINGSENHETEN

### SØKNAD OM PLEIE – OG OMSORGSTJENESTER (Sett kryss)

Merk: Søknaden skal alltid være underskrevet av søker selv.

#### Hvilke tjenester antar du at du har behov for?

<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig
<input type="checkbox"/> Matombringing	<input type="checkbox"/> Annen bolig
<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp (Praktisk bistand daglige gjøremål)	<input type="checkbox"/> Omsorgslønn
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand og opplæring	<input type="checkbox"/> Avlastning utenfor institusjon
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie (Pleie og omsorg utenfor inst.)	<input type="checkbox"/> Avlastning i institusjon
<input type="checkbox"/> BPA – Brukerstyrt personlig assistanse	<input type="checkbox"/> Korttidsopphold / rehabiliteringsopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Dagsenter	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Dagsenter rehabilitering	
<input type="checkbox"/> Transport (Til/fra dagsenter)	

#### SØKER

Fornavn	Etternavn	
Adresse	Postnr.	Poststed
Fødselsnr. (11 siffer)	Tlf. Priv.	Tlf. mob.
Sivilstatus	<input type="checkbox"/> Ugift	<input type="checkbox"/> Gift
	<input type="checkbox"/> Samboer	<input type="checkbox"/> Enke /-mann

#### NÆRMESTE PÅRØRENDE / KONTAKTPERSON

Fornavn	Etternavn	
Adresse	Postnr.	Poststed
Tilknytning / slektsforhold	Tlf. priv.	Tlf. mob.

#### SØKERS FASTLEGE

Fornavn	Etternavn	
Adresse	Tlf.	





## TILDELINGSENHETEN

**RELEVANTE LEGEOPPLYSNINGER** ved søknad om pleie – og omsorgstjenester  
**OBS! FYLLES UT AV FASTLEGE / BEHANDLENDE LEGE**  
**LEGEOPPLYSNINGER / MEDISINSKE OPPLYSNINGER KAN SENDES INN SOM E-MELDING.**  
**Tildelingsenheten behandler søknader om følgende tjenester:**

<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm	<input type="checkbox"/> Brukerstyrt pers. ass.	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig
<input type="checkbox"/> Matombringing	<input type="checkbox"/> Dagsenter	<input type="checkbox"/> Annen bolig
<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/> Dagsenter rehabilitering	<input type="checkbox"/> Avlastning i / utenfor institusjon
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand og opplæring	<input type="checkbox"/> Transport til/fra dagsenter	<input type="checkbox"/> Korttidsopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/> Omsorgslønn	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon

<b>Navn på søker</b>	<b>Fødselsnr.</b>
<b>Adresse</b>	<b>Postnr./sted</b>
<b>Fastlege</b>	<b>Tlf.</b>

**Mental status**

**Somatisk status og funksjonsnivå**

**Evt. andre opplysninger**

**Diagnose:** Innføring av IPLOS (Individbasert pleie – og omsorgsstatistikk) i alle landets kommuner krever at vi benytter og registrer diagnoser etter ICPC-2. Iflg. Veileder –registrering av IPLOS – opplysninger, versjon 1.2, okt. 2005 gjelder dette sykdom som er årsak til funksjonssvikten som ligger til grunn for tjenestebehov. Fastlege, tilsynslege eller andre leger avgjør hvilke diagnose<sup>®</sup> som er relevante. Tidspunkt for sykdomsdebut registreres, når dette er kjent.

<b>ICPC kode</b>		<b>Navn</b>	
<b>ICPC kode</b>		<b>Navn</b>	
<b>ICPC kode</b>		<b>Navn</b>	
<b>ICPC kode</b>		<b>Navn</b>	

**Medikamenter:** Legg evt. ved medisinliste

<b>Samtykker pasienten til søknaden:</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
<b>Sted</b>	<b>Dato</b>	
<b>Underskrift lege</b>	<b>Stempel</b>	