



SØKNAD OM OMSORG/SOSIALE TJENESTER

Konfidensielt

Fornavn:		Etternavn:	
Adresse:	Postnr.:	Poststed:	
Fødselsnr. (11 siffer):		Telefonnr.:	
Sivilstand: <input type="checkbox"/> Gift/samboer/reg. partner <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Enke/ enkemann/gjenlev.partner/samboer.		Kjønn: <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	
Nærmeste pårørende 1: Navn:		Nærmeste pårørende 2: Navn:	
Adresse:		Adresse:	
Postnr.:		Postnr.:	
Poststed:		Poststed:	
Tlf. privat: Mobil:	Tlf. arbeid:	Tlf. privat: Mobil:	Tlf. arbeid:
Tilknytning til søker:		Tilknytning til søker:	
Fastlege:			
MRSA – PRØVE			
For å unngå spredning av MRSA (meticillin resistente stafylokokker) ønsker vi å vite om du kan være bærer av disse bakteriene.			
Har du fått påvist MRSA og/ eller i løpet av de siste 12 måneder:			
<ul style="list-style-type: none">- Arbeidet/ vært innlagt/ fått behandling/ besøkt helseinstitusjon, flyktningleir, barnehjem eller lignende utenfor Norden- Arbeidet/ vært innlagt/ fått behandling/ besøkt helseinstitusjon i Norden med utbrudd av MRSA- Oppholdt deg mer enn 6 uker utenfor Norden, og har sår/ hudinfeksjon, kronisk hudlidelse eller har fått innlagt medisinsk utstyr gjennom hud/ slimhinne- Bor i samme husstand som MRSA positiv			
Ja..... Nei.....			
Hvis ja, må du testes ved innvilget tjeneste fra kommunen.			

Søker om: <input type="checkbox"/> Langtidsopphold <input type="checkbox"/> Korttidsopphold <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp <input type="checkbox"/> Dagopphold <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig/Ulvehaugen <input type="checkbox"/> Bolig m/heldøgns omsorg	Søker om: <input type="checkbox"/> Miljøarb. <input type="checkbox"/> Boveiledertjeneste <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Avlastning <input type="checkbox"/> Støttesamtale psykiatrisk sykepleier <input type="checkbox"/> Omsorgslønn <input type="checkbox"/> Individuell plan <input type="checkbox"/> Annet
Hvilke tjenester har søker pr. i dag:	
Kort begrunnelse for søknad:	
Samtykke til å innhente legeopplysninger	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Samtykke til å gi opplysninger til samarbeidende helsepersonell	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Serviceerklæring mottatt:	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Dato:	Underskrift av søker: