

## SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Søkerens navn: \_\_\_\_\_

Personnummer (11 siffer): \_\_\_\_\_ Sivilstand: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Fastlege: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pårørende: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Slektsforhold: \_\_\_\_\_

### DET SØKES OM (SETT X VED DE TJENESTENE DU SØKER OM):

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HJEMMESYKEPLEIE                            | <input type="checkbox"/> MATOMBRINGING                                       |
| <input type="checkbox"/> PRAKTISK BISTAND - HJEMMEHJELP             | <input type="checkbox"/> LOGOPED-TJENESTE                                    |
| <input type="checkbox"/> PRAKTISK BISTAND – OPPLÆRING OG VEILEDNING | <input type="checkbox"/> AKTIVITETSTILBUD – DOKKA VEDSENER OG DOKKA DAGSENER |
| <input type="checkbox"/> KREFTSYKEPLEIE                             | <input type="checkbox"/> LANGTIDSOPPHOLD                                     |
| <input type="checkbox"/> PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTE              | <input type="checkbox"/> KORTTIDSOPPHOLD                                     |
| <input type="checkbox"/> DEMENSKARTLEGGING                          | <input type="checkbox"/> AVLASTNINGSOPPHOLD                                  |
| <input type="checkbox"/> ERGOTERAPI                                 | <input type="checkbox"/> DAGSENER LANDMO                                     |
| <input type="checkbox"/> FYSIOTERAPI                                | <input type="checkbox"/> OMSORGSSTØNAD                                       |
| <input type="checkbox"/> HVERDAGSREHABILITERING                     | <input type="checkbox"/> PÅRØRENDESTØTTE / VEILEDNING                        |
| <input type="checkbox"/> FRITIDSKONTAKT                             | <input type="checkbox"/> DAGTILBUD – PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTE           |
| <input type="checkbox"/> HJEMMEAVLASTNING                           | <input type="checkbox"/> BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE                    |
| <input type="checkbox"/> VAKTMESTERTJENESTE                         | <input type="checkbox"/> INDIVIDUELL PLAN                                    |
| <input type="checkbox"/> TRYGGHETSALARM                             | <input type="checkbox"/> KOORDINATOR   |
| <input type="checkbox"/> NØKKELBOKS                                 | <input type="checkbox"/> LEDSAGERBEVIS (Passfoto må vedlegges)               |

For beskrivelse av behovet, bruk baksiden.

**Postadresse:**  
Postboks 173  
2882 Dokka

**Besøksadresse:**  
Storgata 28  
2870 Dokka

**Telefon:** 61 11 60 00  
**E-post:** postmottak@nordre-land.kommune.no  
**Org.nr.:** 861 381 722  
**Kto.nr.:** 2075 07 03152

**KORT BESKRIVELSE AV BEHOVET FOR TJENESTEN – BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Jeg gir med dette fullmakt til at det innhentes opplysninger fra annet helsepersonell, helseforetak, NAV og ligningskontor hvis det er nødvendig for behandling av min søknad. Jeg er oppmerksom på at journalopplysninger vil bli behandlet tverrfaglig, og vil i den forbindelse tillate elektronisk meldingsutveksling.**

**Samtidig gir jeg tillatelse til at opplysningene registreres i kommunens fagsystem for helse- og omsorgstjenester, samt et anonymt nasjonalt helseregister (IPLOS).**

**I følge pasientjournalforskriften skal det opprettes journal for hver pasient. I Nordre Land kommune har vi elektronisk pasientjournal.**

DATO: \_\_\_\_\_

SØKERS UNDERSKRIFT:

---

EVT. PÅRØRENDE ELLER HJELPEVERGE:

---

**Søknaden leveres:**

Tildelingskontoret for pleie- og omsorgstjenester

Nordre Land kommune, Helse og omsorg

Landmovn. 5 A

2870 Dokka

Revidert Oktober 2019