

SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Søkerens navn:

Personnummer (11 siffer): _____ Sivilstand: _____

Adresse:

_____ Telefon: _____

Pårørende:

Adresse:

_____ Telefon: _____

Slektsforhold:

Fastlege:

Navn/Adresse:

_____ Telefon: _____

Evt. Verge: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

(legg ved kopi av verge oppnevning)

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

Beskriv din situasjon.

Hva er viktig for deg å mestre i hverdagen, og hva trenger du hjelp til for å klare dette?

Hva klarer du selv?

Opplysninger om egen helse.

Hvilke sykdommer, plager eller funksjonssvikt ligger til grunn for at du søker hjelp (legge evt. ved aktuell dokumentasjon/epikriser)

Søknaden skal være ferdig behandlet senest fire uker fra søknaden er mottatt. I de tilfeller der det antas at saksbehandlingstiden vil strekke seg utover fire uker, sendes det ut foreløpig melding pr brev til deg, med opplysning om når du kan forvente at søknaden ferdigbehandles.

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:

DEN SOM EVT.HAR BISTÅTT MED SØKNADEN (PÅRØRENDE/VERGE/TJENESTEUTØVER)

Søknaden leveres/sendes til:

Nordre Land kommune
Tildeling og koordinering
Postboks 173
2882 Dokka

