



## SØKNAD OM TJENESTER

### 1. Personalia

Etternavn: _____	Fornavn: _____	Fødselsnr: _____
Adresse: _____		Telefonnr: _____
Sivilstand:		
<input type="checkbox"/> Gift/samboende	<input type="checkbox"/> Enke/enkemann	<input type="checkbox"/> Enslig
Ektefelle/samboers navn: _____		Fødselsnr: _____

### 2. Pårørende, kontaktperson, hjelpeverge

Etternavn: _____	Fornavn: _____	Tilknytning: _____
Adresse: _____		Telefonnr: _____
		Mobilnr: _____
		Tlf. arbeid: _____

### 3. Hvem er din lege

Navn: \_\_\_\_\_

Dato for siste konsultasjon: \_\_\_\_\_

### 4. Søknad om

<input type="checkbox"/> Sykehjem, korttidsopphold	<input type="checkbox"/> Omsorgslønn
<input type="checkbox"/> Sykehjem, langtidsopphold	<input type="checkbox"/> Miløarbeidertjeneste
<input type="checkbox"/> Avlastningsopphold	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig Lødingen tettsted
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig Lødingen Vestbygd
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand	<input type="checkbox"/> Matombringning (gjelder tettstedet)
<input type="checkbox"/> Individuell plan (for samordning av flere tjenester)	<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm
<input type="checkbox"/> Annet _____	

### 5. Grunn for søknaden/diagnose:


<b>6. Trenger hjelp til</b> <input type="checkbox"/> Reise/sette meg <input type="checkbox"/> Komme i/ut av seng <input type="checkbox"/> Gangfunksjon/gå i trapp <input type="checkbox"/> Toalettfunksjoner <input type="checkbox"/> Personlig hygiene <input type="checkbox"/> Spisesituasjon/tilberedning av mat <input type="checkbox"/> Sårstell <input type="checkbox"/> Administrasjon av medisiner <input type="checkbox"/> Tilsyn <input type="checkbox"/> Annet	Merknader/tilleggsopplysninger

**7. Tannbehandling** (Fylkeskommunal tjeneste)

Pasienter som har vært (eller forventes å være) i ukentlig pleie i hjemmesykepleien eller på sykehjem i minst tre måneder, har rett til gratis tannbehandling . Tannklinikken har ikke oversikt på hvem som er innlagt i sykehjemmet eller mottar hjemmesykepleie. Hvis du ønsker det kan sykehjemmet eller hjemmesykepleien oppgi ditt navn og adresse til tannklinikken.

**Kryss av det du ønsker**

Ja, jeg ønsker at tannhelsetjenesten skal få oppgitt mitt navn og adresse slik at jeg kan få tilbud om gratis tilsyn og nødvendig tannbehandling

Nei, jeg ønsker ikke at tannhelsetjenesten skal få denne opplysningen

**8. Fullmakt/underskrift**

Jeg gir pleie- og omsorgsavdelingen fullmakt til å innhente nødvendige opplysninger, bl.a. fra ligningskontor, nav og lege, som trengs i forbindelse med søknaden.

Sted: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Søkers underskrift: \_\_\_\_\_

Hjelpeverge/pårørendes underskrift: \_\_\_\_\_

**9. Søknaden sendes:**

Lødingen kommune v/ Helse og omsorg, Pb. 83, 8411 Lødingen

Du vil bli kontaktet for nærmere opplysninger så snart som mulig, og du vil få skriftlig underretning om vedtaket.