

BRUKAREN SIN EIGEN SØKNAD

KONFIDENSIELT

Til:

Granvin Herad, Pleie og omsorg
Eide
5733 GRANVIN



Ikkje offentleg

Heimel : Off.lova § 5a

SØKNAD OM HELSE OG OMSORGSTENESTER

PERSONALIA:		
Navn:	Adresse:	Postadresse:
Personnummer:	Sivilstand: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Enke/-mann <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Sambuar	Telefon:
Yrke/tidlegare yrke:		Statsborgarskap:
Fastlege:	Ektefelle/sambuar sitt navn:	Telefon:
Pårørande 1 :	Relasjon:	Telefon:
Pårørande 2 :	Relasjon:	Telefon:

SØKJER OM FYLGJANDE KOMMUNALE TENESTER:

Institusjon:	Heimetenester:	Anna:
<input type="checkbox"/> Rehab-opphald i institusjon	<input type="checkbox"/> Heimehjelp	<input type="checkbox"/> Omsorgsbustad
<input type="checkbox"/> Kortidsopphald i institusjon	<input type="checkbox"/> Tryggleiksalarm	<input type="checkbox"/> Støttekontakt
<input type="checkbox"/> Langtidsopphald i sjukeheim	<input type="checkbox"/> Matombringing	<input type="checkbox"/> Ergoterapi/tekniske hjelpemiddel
<input type="checkbox"/> Skjerma eining, v/demens	<input type="checkbox"/> Heimesjukepleie	<input type="checkbox"/> Dagsenter
<input type="checkbox"/> Dagopphald/nattopphald	<input type="checkbox"/> Rom for lindring	
<input type="checkbox"/> Avlasting		

BU/-HEIME-TILHØVE:

Butilhøve: (eks: eige hus, bur i 1/2 høgde, trapper, tilrettelagt bustad, o.l)	
Kva hjelp eg har i dag:	
Hjelpemiddel i bruk pr. 1 dag:	

BAKGRUNN FOR SØKNADEN :

GRUNNGJEVING/UTFYLLANDE OPLYSNINGAR:

FULLMAKT - UNDERSKRIFT:		
<p>Som søker av kommunale helsetenester vil du automatisk verta registrert i IPLOS (Individretta Pleie og Omsorgsstatistikk) Eg gir saksbehandlar i pleie og omsorg fullmakt til å innhenta naudsynte opplysningar m.a frå likningskontor og NAV, lækjar og andre for å behandla søknaden.</p>		
Stad:	Dato:	Søkar si underskrift:
Stad:	Dato:	Fullmektig/verge si underskrift:

Som ledd i sakshandsaminga må søker vera budd på at personell frå helse og omsorg-, eller sosial- tenesta tek kontakt for eit heimebesøk og samtala nærare med søker. Dette gjeld i særleg grad nye søkerar eller dersom det har gått noko tid sidan søker sist fekk handsama ein søknad.

FAGPERSONALET SI VURDERING:

MEDISINSKE OPPLYSINGER:							
Diagnoser/ICPC kode og namn :							
Henv. Til IPLOS koder:	FUNKSJONS VARIABLAR	KARTLEGGING	SCORE				
			1	2	3	4	5
4	Ivareta eigen helsetilstand	Tar kontakt ved symptomar og skader, følger behandlingsopplegg, handterer egne medisinar og hjelpemiddel					
5	Rører seg innandørs	Rører seg på flatt golv, over tersklar, ut og inn av seng, opp og ned av stol.					
7	Vaske seg	Om pasienten vaskar, tørkar og steller heile kroppen med vatn og passande midlar.					
8	Kle på og av seg	Om pasienten kler på og av seg kler og fottøy i riktig rekkjefølge					
10	Ete	Om pasienten fører mat og drikke til munnen og svelgjer					
11	Gå på toalett	Om pasienten planlegg og utfører tømning av tarm og blære. Tørkar seg nedantil og vaskar hendene.					
15	Minne	Om pasienten hugsar nylege hendingar, er orientert for tid og stad, gjenkjenner kjente personar, hugsar avtalar og viktige hendingar siste veka.					
16	Kommunikasjon	Om personen evnar å kommunisere med andre personar. Forstår og uttrykkjer seg verbalt/nonverbalt.					
17	Styre eigen adferd	Om personen opprettheld og meistrar samhandling med andre menneske. Beherskar verbal og fysisk aggresjon.					

Score 1 Ingen Problem

Score 2 Noko Problem - utfører / klarer sjølv, men med endra standard.

Score 3 Middels Problem. Utfører/klarar deler sjølv, men må ha personbistand til resten. Tenesteytar kan event. gå til og frå.

Score 4 Store Problem. Utfører /klarar deler sjølv, men med tenesteytar tilstade heile tida. Tenesteytar er tilstade for rettleiing/tilretteleggjing/tenesteyting

Score 5 Klarar ikkje. Utfører ikkje noko sjølv.

Ved mistanke om depresjon : legg ved MADRS (evt GDR) score, ved mistanke om kognitiv svikt , legg ved MMS

Aktuell Problemstilling/Vurdert hjelpebehov:

Psykisk tilstand:

Underskrift av lækjar/stempel:

Underskrift av sjukepleiar/terapeut:

Stad/dato: