

SØKNAD OM HEIME- / DAGREHABILITERING

Namn:..... Personnummer:.....

Eg søkjer om Dagrehabilitering
 Heimerehabilitering

Søkjar er informert om rehabiliteringstilboda: JA NEI

Søkjar er motivert for rehabilitering: JA NEI

Mål for rehabiliteringsperioden – Kva er viktig for deg?

Set mål knytt til funksjon i det daglige-kva er vanskeleg? Døme: Aktivitet innandørs/utandørs, sosial deltaking, praktiske oppgåver

-
-
-

Tidlegare funksjonsnivå

Funksjonsnivå før aktuell hending som førte til at du no treng dag- eller heimerehabilitering:

| Eg mottek eller har motteke andre tenester | Set kryss | Merknad |
|--|-----------|---------|
| Fysioterapi | | |
| Fysioterapi i institutt (dersom ja, kva institutt) | | |
| Ergoterapi | | |
| Heimebaserte tenester | | |
| Logopedi | | |
| Anna: | | |

Sendast til Stord kommune, postboks 304, 5402 Stord

Kort kartlegging av ditt funksjonsnivå. Kryss av:

| | Eg meistarar sjølv | Eg mottar hjelp til | Merknad |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|---------|
| Påkledning | | | |
| Dusj | | | |
| Forflytning | | | |
| Matlaging | | | |
| Handling | | | |
| Praktiske gjeremål i heimen | | | |
| Medisinhandtering | | | |
| Anna | | | |

Gangfunksjon

- Går aleine utan hjelpemiddel
- Går aleine med hjelpemiddel
- Går med hjelp av ein person
- Avhengig av rullestol

Kva type hjelpemiddel?

Bustad

Heimen min er tilrettelagt for meg Eg treng å få vurdert tilrettelegging i heimen min

Medisinske opplysingar

- Diagnosar (sjukdom):

.....
.....

- Matallergi:.....

Anna informasjon / merknad

Samtykke, fullmakt og underskrifter

Ja Nei

Eg samtykker med dette at Stord kommune kan handsama personopplysningar og helseopplysningar om meg i det elektroniske journalsystemet Visa Omsorg Profil, i samband med at eg mottek helsetenester i Stord kommune.

Ja Nei

Eg er kjend med min rett til innsyn i journalen og at eg kan krevja uriktige eller ufullstendige opplysningar retta eller til og med sletta dersom dei er feilaktige e.l.

Ja Nei

Eg samtykkjer til at Tildelingskontoret i Stord kommune kan kontakte fastlege/heimebaserte tenester/sjukehus for å henta inn opplysningar som er nødvendige for å handsama søknaden.

Nokre av opplysningane me ber deg om, blir registrert etter ein eigen standard og sendt til eit sentralt register, kalt IPLOS. Opplysningane blir anonymisert.

Søknaden er fylt ut av (sett kryss) helsepersonell pårørende

Namn på helsepersonell eller pårørende:

Stad og dato: _____ **Underskrift:** _____