

**KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING OG REHABILITERING**

Henv. mottatt:

Henvendelse om behov for:

- Koordinator og ansvarsgruppe
 Barnekoordinator og ansvarsgruppe
 Individuell plan

Unntatt off, Offl. §13, 1.ledd jf. Forv.l.§13 1.ledd nr 1.

PERSONOPPLYSNINGER

Navn:	Adresse:
Fødselsnummer:	Telefon:

NÆRMESTE PÅRØRENDE

Navn:	FASTLEGE Navn:
Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:

DITT BEHOV FOR KOORDINERTE TILTAK OG TJENESTER:

Beskriv kort din situasjon og utfordringer:

Hvilke **tiltak er i gang** - hvem følger opp dette:Beskriv hvilke andre **behov du vil ha fremover** (tjenester/tiltak/oppfølging/samarbeid):

**ANNET DU VIL INFORMERE OM:****HENVISENDE INSTANS/ EVT TJENESTEYTER SOM HAR GITT BRUKEREN VEILEDNING UNDER UTFYLING**

Navn og telefon:	Instans:
------------------	----------

Jeg samtykker at koordinerende enhet kan ta kontakt med vedkommende ved spørsmål til innholdet i søknaden

UNDERSKRIFT BRUKER/ FORESATT/VERGE:

Dato:

Navn:

UNDERSKRIFT HENVISENDE INSTANS:

Dato:

Navn:

Kryss av for hvilke vedlegg du legger ved for å belyse behovet ditt:

- Samtykkeerklæring
- Aktørkart
- Sjekkliste over vurderingsmomenter for vilkår
- Epikriser/uttalelser fra spesialisthelsetjenesten: _____
- Uttalelser fra kommunal helsetjeneste/fastlege: _____
- Annen dokumentasjon: _____

SKJEMAET SENDES TIL:

Koordinerende enhet/ Forvaltning helse og omsorg
Postboks 152, 7261 Sistranda

Besøksadresse: Frøya helsetun, Myran 10, 7260 Sistranda

Telefon: 48 13 86 64

e-post: forvaltning@froya.kommune.no



SAMTYKKEERKLÆRING

Navn _____ fnr. _____

- Jeg samtykker i at det utarbeides en **individuell plan** for meg
- Jeg samtykker i at det opprettes en **ansvarsgruppe med koordinator** for meg

Deltakere i planleggingen gis tilgang til nødvendige taushetsbelagte opplysninger i planperioden. Samtykket omfatter de helseopplysninger og andre personlige opplysninger om meg, som deltakerne i planleggingen anser som nødvendige for å utarbeide og følge opp min individuelle plan. Samtykket gjelder bare innhenting, utveksling og bruk av opplysningene til dette formålet. Jeg er kjent med at samtykket kan trekkes tilbake.

Et informert samtykke innebærer at jeg:

- Har fått informasjon om hvilke opplysninger som skal utveksles
- Vet hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensene av dette
- Er kjent med at det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig
- Er kjent med at jeg kan nekte at opplysninger om spesielle forhold utveksles, eller at spesielle fagmiljø eller enkeltpersoner får bestemte opplysninger
- Er kjent med de konsekvenser begrensninger på informasjon kan ha for arbeidet med min individuelle plan og for tilbudet til meg.

Jeg samtykker i at det utveksles nødvendig informasjon mellom koordinerende enhet, min koordinator og følgende tjenester + evt. spesifiserte kontaktpersoner:

<input type="checkbox"/> Koordinerende enhet/Forvaltning Helse, omsorg:	<input type="checkbox"/> NAV:
<input type="checkbox"/> Bo-, aktivitet og miljøtjenesten (BAM):	<input type="checkbox"/> PPT:
<input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste:	<input type="checkbox"/> barnehage/skole/:
<input type="checkbox"/> Fastlege:	<input type="checkbox"/> Voksenopplæringen:
<input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten:	<input type="checkbox"/> Barnevernstjeneste:
<input type="checkbox"/> Helsestasjon/skolehelsetjenesten:	<input type="checkbox"/> Fylkeskommunal oppfølgingstjeneste
<input type="checkbox"/> Fysioterapitjeneste:	<input type="checkbox"/> Tiltaksarrangør (for arbeid, lærekandidatordning, VTA, AFT feks Dalpro):
<input type="checkbox"/> Ergoterapitjeneste:	<input type="checkbox"/> Flyktingetjenesten:
<input type="checkbox"/> Pleie- og omsorgstjenesten (PLO)	<input type="checkbox"/> Spesialhelsetjeneste/sykehus:
<input type="checkbox"/> Boligforvalter	<input type="checkbox"/> Bufdir/Familievernkontoret:
<input type="checkbox"/> Oppfølgingstjenesten for rus og psykisk helse	<input type="checkbox"/> Andre:

Samtykket gjelder for tidsrommet _____ til _____ (dato og år).

Dato:

Brukers underskrift (evt.foresatte/ foreldre /verge): _____