



# Søknad om helse- og omsorgstjenester

## Informasjon om den som søker

|                    |                    |                          |
|--------------------|--------------------|--------------------------|
| Fornavn, etternavn |                    | Fødsels- og personnummer |
| Adresse            | Postnummer og sted | Telefonnummer            |

## Hvis du søknaden gjelder deg selv, informasjon om din(e) nærmeste pårørende og/eller verge (valgfritt)

|                                                         |               |
|---------------------------------------------------------|---------------|
| Nærmeste pårørende/verge sitt navn (fornavn, etternavn) | Fødselsdato   |
| Slektskap/relasjon                                      | Telefonnummer |

## Hvis søknaden gjelder støtte til deg som pårørende, informasjon om den du er pårørende til

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Fornavn, etternavn | Fødsels- og personnummer |
| Slektskap/relasjon | Telefonnummer            |

Bor du alene?

☐ Ja    ☐ Nei

Hvis nei: Hvem bor du med?

\_\_\_\_\_

Trenger du tolk?

☐ Ja    ☐ Nei

Hvis ja: Hvilket språk?

\_\_\_\_\_

Hvem er fastlegen din?

\_\_\_\_\_

Hva trenger du hjelp med?

**Fortell oss kort om situasjonen din**

Hvilke utfordringer har du eller den du er pårørende til, og hvor lenge har det vart? Hvordan fungerer du eller den du er pårørende til i hverdagen?

**Diagnose**

Har du eller den du er pårørende til noen diagnoser som er relevante for søknaden? Legg gjerne ved dokumentasjon som bekrefter disse.

**Skal den pårørende få informasjon om deg i Mitt Aidn?**

Mitt Aidn er kommunens digitale løsning for informasjon mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. Pårørende med tilgang til Mitt Aidn får bedre oversikt, og kan enklere støtte deg mens du mottar tjenester.

**Dette får pårørende tilgang til:**

- Tjenester og helseinformasjon (gjelder ikke journalnotater)
- Arrangementer og praktisk informasjon
- Muligheten til å sende og motta meldinger fra helsepersonell

- ☐ Ja, jeg samtykker til at den pårørende kan få tilgang til informasjon om meg i Mitt Aidn.
- ☐ Nei, jeg ønsker ikke at den pårørende kan få tilgang til informasjon om meg i Mitt Aidn.

### Samtykke til utveksling av taushetsbelagte opplysninger

Tjenestekontoret og andre velferdstjenester har taushetsplikt om informasjon som gjelder deg. For at vi skal kunne vurdere situasjonen din og behovet ditt for helse- og omsorgstjenester, kan det være at vi trenger å innhente og dele opplysninger om deg med andre.

For at vi skal kunne utveksle nødvendige opplysninger med andre, må du gi oss skriftlig samtykke til det. Det er frivillig å gi samtykke, og du kan trekke det tilbake når som helst uten begrunnelse.

Samtykket gjelder informasjon som er nødvendig for å behandle søknaden din og gjelder for behandlingen av denne søknaden. Dersom du vil, har du anledning til å begrense tidsperioden, omfang, eller hvilken type informasjon samtykket skal innebære i fritekstfeltet nedenfor.

### Samtykke

- ☐ Nei, jeg ønsker ikke at dere skal hente inn og dele opplysninger om meg.
- ☐ Ja, jeg samtykker til at dere kan utveksle nødvendige opplysninger med følgende instanser:
- ☐ Pårørende
  - ☐ Fastlege
  - ☐ Sykehus eller spesialist
  - ☐ Hjemmetjenesten
  - ☐ Sykehjem
  - ☐ Miljøtjenesten
  - ☐ Fysioterapitjenesten
  - ☐ Psykisk helse og avhengighet
  - ☐ Helsestasjonen og skolehelsetjenesten
  - ☐ Skole
  - ☐ Barnehage
  - ☐ Barnevernstjenesten
  - ☐ Nav
  - ☐ Skatteetaten, hvis tjenesten krever egenandel
  - ☐ Andre:

**Fyll ut dette hvis du vil begrense eller spesifisere samtykket. Er det noen type informasjon som ikke skal utveksles? Skal samtykket være tidsbegrenset? Er det noe annet du ønsker å utdype?**

**Sted og dato**

**Søkerens underskrift**

Det er den som søker om hjelp som må skrive under på søknaden. Hvis verge eller fullmektig skal gjøre det, må du ligge ved en kopi av fullmakt eller vergeoppnevning.