



Helse og omsorgstjenester til personer i Os og Røros kommune

Unntatt for offentlighet, jfr. Offentlighetsloven §13

Søkeren (den som søker tjenester)					
Navn (Etternavn, fornavn mellomnavn)				Fødselsnr.	
Adresse			Postnr.	Poststed	
E-post adresse					
Mann	Kvinne	Sivilstand		Tlf.nr	
Ansvar for barn under 18 år			Behov for tolk	Type tolk	
Nærmeste pårørende					
Navn (Etternavn, fornavn mellomnavn)					
Adresse			Postnr.	Poststed	
Mann	Kvinne	Tilknytning		Tlf.nr	
Andre pårørende					
Er det flere parter i saken? (ved søknad om omsorgslønn eller avlastning)					
Navn			Fødselsnr.		
Adresse			Postnr.	Poststed	
Mann	Kvinne	Tilknytning		Tlf.nr.	
Evt. Merknad					

Fylles ut av den som søker tjenester:

Omsorgsopplysninger	JA	NEI
Har du omsorg for barn under 18 år?		
Har du omsorg for andre?		
Bor du alene?		



Hva er det du opplever som vanskelig i hverdagen? Beskriv:

--

Hva tror du kan bidra til å løse problemet? Beskriv:

--

Hvor god gangfunksjon har du inne? Kryss for det som passer

Klarer meg selv	
Bruker ganghjelpemidler, men klarer meg selv	
Trenger følge	

Hvor god gangfunksjon har du ute? Kryss for det som passer

Klarer meg selv	
Bruker ganghjelpemidler, men klarer meg selv	
Trenger følge	

Hvor selvstendig er du i personlig hygiene? Kryss for det som passer

Klarer meg selv	
Trenger hjelp til noe/av og til	
Trenger hjelp til alt/hele tiden	



Hvor selvhjulpen er du i forhold til måltider og husholdningsoppgaver? Kryss for det som passer

Klarer meg selv	
Trenger hjelp til noe/av og til	
Trenger hjelp til alt/hele tiden	

Hvor trygg føler du deg? Kryss for det som passer

Jeg føler meg trygg	
Jeg føler meg utrygg av og til	
Jeg føler meg utrygg hele tiden	

Er behovet/situasjon nyoppstått eller utviklet seg gradvis?

Behovet/situasjon er nyoppstått	
Behovet/situasjonen har utviklet seg gradvis	

Jeg bekrefter at opplysningene i skjemaet er riktige og gir med dette Røros/Os kommune fullmakt til å innhente og registrere opplysninger som ansees nødvendig for behandling av saken jmf Helsepersonelloven §25 om opplysninger til samarbeidende helsepersonell.

Sted: _____

dato: _____

Søkers samtykke og underskrift: _____

Dersom søker ikke har samtykkekompetanse (PBR kap 4) ber vi om at pårørende eller verge bekrefter søknaden nedenfor.

Jeg bekrefter at de spørsmål og svar som står i dette skjemaet er opplest for søkeren, og at hen sier seg enig at det søkes om denne/disse tjenestene.

Sted: _____

dato: _____

Underskrift: _____

Legg ved relevante dokumenter