



## Nordre Follo kommune

Telefon: 02178

E-post: [postmottak@nordrefollo.kommune.no](mailto:postmottak@nordrefollo.kommune.no)

# Søknad om tjenester - Psykisk helse og rus

Innsender	
Innsender er <input type="checkbox"/> Søkeren selv <input type="checkbox"/> Annen person	
Fornavn og ev. mellomnavn	
Etternavn	
Fødselsnr.	
Adresse	
Postnr.	Poststed
Mobilnr.	E-postadresse
Relasjon til søker	

Om søker	
Fornavn og ev. mellomnavn	
Etternavn	
Fødselsnr.	
Folkeregistrert adresse	
Postnr.	Poststed
Mobilnr.	E-postadresse

Behov
Hva er viktig for deg i den situasjonen du er i nå? Hva ønsker du hjelp til?

--

### Andre opplysninger

Synes du selv at du har et bekymringsfullt forhold til alkohol eller andre rusmidler?

- Ja  
 Nei

Har du behov for tolk?

- Ja  
 Nei

Hvilket språk trenger du tolk fra?

Fastlege:

Navn på fastlege, legesenter	Telefon
------------------------------	---------

Tidligere behandlingsinstanser:

Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode

Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Nåværende behandlingsinstanser:	
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode
Navn på behandlingsinstans	Tidsperiode

### Familie og pårørende

#### Nærmeste pårørende

Fornavn og ev. mellomnavn	
Etternavn	
Adresse	
Postnr.	Poststed
Mobilnr.	E-postadresse

Har du omsorg for barn under 18 år?

- Ja  
 Nei

Hvilke(-t) år er barnet/barna født?

### Arbeidssituasjon

Arbeid/sysselsetting

- I arbeid  
 Student  
 Arbeidsledig  
 Permittert  
 Sykemeldt  
 AAP (arbeidsavklaringspenger)  
 Ufø  
 Annet

Annet

Skole/utdanning

### Annet

Er det noe annet du vil vi skal vite om deg og din situasjon før vi tar kontakt?

**Viktig informasjon****Din tilbakemelding er viktig for oss**

Når du kommer til oss, ønsker vi at hjelpen vi gir, skal være mest mulig nyttig for deg. Vi vet at det er din opplevelse av hjelpen som har størst betydning for om vi lykkes. Derfor er det viktig for oss at du sier ifra underveis om hva som fungerer godt og hva du skulle ønske var annerledes.

**Informasjon om søknadsprosessen**

Når vi har fått søknaden din, kontakter vi deg for å få eventuelle utfyllende opplysninger. Da får du også mer informasjon om saksgangen. Vi vurderer behovet ditt for hjelp på bakgrunn av opplysningene vi har og avgjør om du har rett til å få helse- og omsorgstjenester, eventuelt hvilke tjenester og omfanget av disse.

Hvis vi ikke kan behandle søknaden innen 4 uker, får du et foreløpig svar med beskjed om når søknaden vil bli behandlet.

I forbindelse med saksbehandlingen av søknaden vil vi registrere nødvendig informasjon om din situasjon og helsetilstand i IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). IPLOS er et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for kartlegging, dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for sentrale myndigheter. Mer informasjon om IPLOS finner du i denne [brosjyren](#).

**Du må gi oss beskjed hvis du ikke vil at vi skal registrere opplysningene dine i IPLOS.**

**Samtykke**

Nordre Follo kommune ved avdelingen Inntak og koordinering ber om ditt samtykke til å -innhente nødvendige opplysninger fra din fastlege og andre enheter i kommunen eller sykehus, til bruk i saksbehandlingen av søknaden din -behandle og formidle opplysninger, også elektronisk, til de ansatte som deltar i saksbehandlingen og tjenesteytelsen

Jeg samtykker i at Nordre Follo kommune ved Inntak og koordinering kan innhente og behandle opplysninger som beskrevet over fra følgende instanser:

- Pårørende
- Fastlege
- Spesialisthelsetjenesten
- Nav
- Hjemmetjenesten
- Helsesøster
- Ergo-/fysioterapeut
- Andre

Kontaktinformasjon til pårørende

Kontaktinformasjon til fastlege

Kontaktinformasjon til spesialisthelsetjenesten

Kontaktinformasjon til NAV

Kontaktinformasjon til hjemmetjenesten

Kontaktinformasjon til helsesøster

Kontaktinformasjon til Ergo-/fysioterapeut

Andre

Merk at ditt samtykke kan begrenses eller trekkes tilbake.

**Underskrift**

Sted og dato

Underskrift