

Søknad om vurdering – Fysio- og ergoterapitjenesten (for voksne over 18 år)



Unntatt offentlighet: Offl. § 13, jfr. Fvl § 13.1.1

Veiledning for utfylling: Fyll ut skjemaet så nøyaktig som mulig og send det til kommunen. Postadresse: Rådhuset, postboks 167, 4291 Kopervik

Har du spørsmål?

E-post: post@karmoy.kommune.no

Telefon: 52 85 75 00 (telefontid 09.00–14.00)

Åpningstid: Hverdager 08.00–15.30

Besøksadresse: Statsråd Vinjes gate 25, 4250 Kopervik

1. Personopplysninger

Fødselsnummer: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Nærmeste pårørende:

Navn:	Tilknytning	Mobilnummer
-------	-------------	-------------

Adresse:

2. Boligsituasjon

Bor du alene eller sammen med andre?

☐ Bor alene ☐ Bor sammen med: _____

Hva slags bolig bor du i?

☐ Enebolig ☐ Leilighet ☐ Annet: _____

Er det trapper i boligen?

☐ Ja, antall trinn: _____ ☐ Nei

Andre relevante opplysninger om boligen:

4. Helsepersonell du går til

(Skriv navn, adresse og telefonnummer hvis aktuelt)

- ☐ Fastlege
- ☐ Øyelege
- ☐ Optiker
- ☐ Hørselslege
- ☐ Audiograf

5. Hva søker du vurdering for? (Sett kryss)

- ☐ Fysioterapi
- ☐ Ergoterapi
- ☐ Syn
- ☐ Hørsel
- ☐ Tekniske hjelpemidler

6. Behov og beskrivelse av funksjonsnivå

Diagnose/problemstilling. Hva har endret seg siden diagnosen/problemstillingen oppstod?

Hva klarer du ikke lenger i hverdagen?

Hvordan påvirker dette din livskvalitet og daglige aktiviteter?

Hvilken type hjelp eller tilrettelegging mener du at du har behov for?

7. Har du allerede oppfølging av (Sett kryss)

- ☐ Fysioterapeut
- ☐ Ergoterapeut
- ☐ Helsesykepleier
- ☐ Hjemmetjeneste
- ☐ Optiker
- ☐ Audiograf
- ☐ Hørselssentralen
- ☐ Fastlege
- ☐ Spesialisthelsetjenesten
- ☐ Rehabiliteringstjenesten

Under Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste (PPT):

- ☐ Logoped
- ☐ Synspedagog
- ☐ Koordinator for Veiledning og Oppfølging i Skolen (KVOS)
- ☐ Andre (spesifiser): _____

8. Dokumentasjon (dersom aktuelt)

Syn:

- ☐ Nyeste øyelegerapport (ikke eldre enn 2 år)
- ☐ Brilleseddel (ikke eldre enn 2 år)

Hørsel:

- ☐ Har hørselstap og bruker høreapparat
- ☐ Har hørselstap, men bruker ikke høreapparat (må dokumenteres av hørselslege/audiograf)
- ☐ Har hørselshjelpemidler i hjemmet

Fullmakt til å innhente opplysninger

Kommunen ber om opplysninger om søker for å kunne behandle søknaden raskest mulig og for å kunne gi best mulig hjelp og behandling. I tillegg til det du selv oppgir i søknaden, kan kommunen ha behov for å innhente opplysninger fra:

- pårørende
- helsepersonell
- andre enheter i kommunen
- spesialhelsetjeneste

Gjelder søknaden en tjeneste som du skal betale for, kan kommunen ha behov for å innhente opplysninger om deg og eventuelt ektefelle/samboer fra:

- Skatteetaten
- NAV

Er søker gift eller samboer, kan det også være nødvendig å hente inn opplysninger om ektefelle/samboer.

Fullmakt til å innhente opplysninger *

☐ Jeg gir kommunen fullmakt til å innhente de opplysninger som er nødvendige for behandling av søknaden

Fullmakten varer inntil søknaden er ferdigbehandlet, men kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.

Fullmakt til å dele opplysninger*

For å gi best mulig hjelp og behandling, kan det være nødvendig for kommunens omsorgstjeneste å dele opplysninger om søker med annet relevant personell i helse-, omsorgs-, sosial- og barneverntjeneste.

Fullmakt til å dele opplysninger *

☐ Jeg gir kommunen fullmakt til å dele opplysninger om meg/søker med annet relevant personell når dette anses som nødvendig

Jeg gir kommunen en betinget fullmakt til å dele opplysninger om meg/søker. Under har jeg angitt hvilke instanser jeg ikke ønsker opplysninger delt med

☐ Jeg ønsker ikke at opplysninger skal bli delt med:

Fullmakten varer så lenge du mottar tjenesten, men kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.

9. Underskrift

Skjemaet er fylt ut av:

☐ Søker selv ☐ Andre (Navn, telefonnummer): _____

Søkers underskrift:

Sted/dato: _____ **Signatur:** _____