bodø KOMMUNE | bådådjo SUOHKAN | buvda KOMMUVDNA

Postadresse: Tildelingskontoret, Postboks 319, 8001 Bodø
Spørsmål eller veiledning? Telefon: 75 55 50 00
e-post: postmottak@bodo

Søknad om helse- og omsorgstjenester

Navnet ditt	Fødselsnummer	Telefonnummer
Adresse	**Postnummer**	**Sted**

Nærmeste pårørende sitt navn/verge	Fødselsdato
Slektskap/relasjon	**Telefonnummer**

Bor du alene? ☐ Ja ☐ Nei

Har du en bolig med alle nødvendige rom på ett plan? ☐ Ja ☐ Nei

Trenger du tolk? ☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja: Skriv språket som skal tolkes _____

Når var du sist hos tannlegen? _____

Når var du sist hos fastlegen? _____

Hva trenger du hjelp med?

Hvis du vet hvilken tjeneste du søker på, kan du gjerne skrive det her.

Postadresse: Tildelingskontoret, Postboks 319, 8001 Bodø
Spørsmål eller veiledning? Telefon: 75 55 50 00
e-post: postmottak@bodo

Diagnose
Har du noen diagnoser som er relevante for søknaden?

Hva er viktig for deg?
Eksempler: Det er viktig for meg å klare meg selv hjemme, det er viktig å være sosial utenfor hjemmet.

Beskriv situasjonen
Hvilke utfordringer har du, og hvor lenge har det vart? Hvordan fungerer du i hverdagen?

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.

Postadresse: Tildelingskontoret, Postboks 319, 8001 Bodø
Spørsmål eller veiledning? Telefon: 75 55 50 00
e-post: postmottak@bodo

Samtykke til å hente inn og dele opplysninger

Vi innhenter opplysninger om personen som søker for å gi best mulig hjelp og behandling – og for å vurdere saken på riktig grunnlag. Derfor kan det også være nødvendig å dele opplysningene med relevant personell i helse-, omsorg-, sosial- og barneverntjenesten.

Når du samtykker kan vi hente inn og dele opplysninger med:

- Pårørende
- Fastlege
- Sykehus eller spesialist
- Øvrig helsepersonell
- Andre kommunale tjenester som skole, psykisk helsetjeneste og rehabilitering
- Nav, hvis tjenesten krever egenandel
- Skatteetaten, hvis tjenesten krever egenandel

Hva skjer hvis du ikke samtykker?

Det er frivillig å samtykke, men saken blir vanskeligere å vurdere og kan i verste fall avgjøres på feil grunnlag. Vi må kanskje gi avslag fordi vi ikke har tilstrekkelig informasjon.

Samtykke

- ☐ Ja, jeg samtykker til at dere kan hente inn og dele opplysninger
- ☐ Jeg gir en begrenset samtykke til å hente inn og dele opplysninger
- ☐ Nei, jeg ønsker ikke at dere skal hente inn og dele opplysninger

Fyll ut dette hvis du valgte begrenset samtykke. Hvem vil du ikke at vi henter eller deler informasjon fra?

Sted og dato	**Søkerens underskrift**