

Sendast til Stord kommune, postboks 304, 5402 Stord

## Søknad om Ergoterapi for barn og voksne, Fysioterapi for voksne, Friskliv og Meistring, Basseng



Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

- Eg søker om
- Ergoterapi for barn og unge (0-18 år)
  - Ergoterapi for voksne (over 18 år)
  - Fysioterapi for voksne (over 16 år)
  - Friskliv og Meistring
  - Basseng (Med veiledning av fysioterapeut)

Søkjær er informert om henvendelse: JA  NEI

Er du motivert for å setja inn tiltak? JA  NEI

Kva ynskjer du å oppnå med å søkja denne tenesta?

Kva er dagens problemstilling?

Funksjonsnivå før aktuell hending som førte til at du no treng fysioterapi, basseng eller ergoterapi:

Har du forsøkt andre tiltak?

Sendast til Stord kommune, postboks 304, 5402 Stord

### Medisinske opplysingar

Diagnose (sjukdom)
--------------------

Eg mottek eller har motteke andre tenester	Set kryss	Merknad
Fysioterapi		
Fysioterapi i institutt (dersom ja, kva institutt)		
Ergoterapi		
Heimebaserte tenester		
Logoped		
Anna:		

### Samtykke, fullmakt og underskrifter

Samtykke, fullmakt og underskrifter	
Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Eg samtykker med dette at Stord kommune kan handsama personopplysningar og helseopplysningar om meg i det elektroniske journalsystemet Visa Omsorg Profil, i samband med at eg mottek helsetenester i Stord kommune.
Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Eg er kjend med min rett til innsyn i journalen og at eg kan krevja uriktige eller ufullstendige opplysningar retta eller til og med sletta dersom dei er feilaktige e.l.
Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Eg samtykkjer til at Tildelingskontoret i Stord kommune kan kontakte fastlege/heimebaserte tenester/sjukehus for å henta inn opplysningar som er nødvendige for å handsama søknaden.

Nokre av opplysningane me ber deg om, blir registrert etter ein eigen standard og sendt til eit sentralt register, kalt IPLOS. Opplysningane blir anonymisert.

Søknad er fylt ut av (Set kryss)  helsepersonell  pårørende

Namn på helsepersonell eller pårørende:

Stad og dato \_\_\_\_\_ underskrift \_\_\_\_\_

Sendast til Stord kommune, postboks 304, 5402 Stord