

		<b>Registrering</b> (kun for kommunen)			
<b>FORVALTNINGSKONTOR FOR HELSE OG OMSORG I HITRA OG FRØYA KOMMUNER</b>		Reg.nr.	/		
		Jour.nr.	/		
		Dato:			
		Saksbeh.:			
<b>Opplysningene registreres i kommunens fagsystem og behandles konfidensielt</b>					
<b>PERSONOPPLYSNINGER</b>					
<b>Navn søker:</b>		<b>Navn nærmeste pårørende:</b>			
		Slektsforhold:			
		Kontaktperson                      Ja ____                      Nei ____			
F.nr (11 siffer)	Telefon	Adresse:			
Adresse:		Poststed:			
Poststed					
Sivilstand	Yrke/tidl.yrke:	Tlf priv	Tlf arbeid	Mobil	
Bor alene: Ja ____      Nei ____		Fastlege/evt. annen lege:			
<b>BAKGRUNN FOR SØKNAD OM INDIVIDUELL PLAN:</b>					
Vedlegg <input type="checkbox"/>					
Forslag til koordinator					
Skjemaet returneres utfylt til:	<b>Forvaltningskontor for helse og omsorg Helsetunet, 7240 Hitra Tlf 72 46 52 50</b>				
Sted/dato					
Underskrift:					

## SAMTYKKEERKLÆRING

Navn \_\_\_\_\_ f.nr \_\_\_\_\_

Jeg samtykker i at det utarbeides en individuell plan for meg og at deltakere i planleggingen gis tilgang til nødvendige taushetsbelagte opplysninger i planperioden.

Samtykket omfatter de helseopplysninger og andre personlige opplysninger om meg, som deltakerne i planleggingen anser som nødvendige for å utarbeide og følge opp min individuelle plan. Samtykket gjelder bare innhenting, utveksling og bruk av opplysningene til dette formålet.

### Et informert samtykke innebærer at jeg:

- har fått informasjon om hvilke opplysninger som skal utveksles
- vet hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensene av dette
- er kjent med at det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig
- er kjent med at jeg kan nekte at opplysninger om spesielle forhold utveksles, eller at spesielle fagmiljø eller enkeltpersoner får bestemte opplysninger
- er kjent med de konsekvenser begrensninger på informasjon kan ha for arbeidet med min individuelle plan og for tilbudet til meg.

Jeg samtykker i at hjelpetjenestene innhenter informasjon/og gir informasjon til:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten                | <input type="checkbox"/> Helsesøstertjenesten                |
| <input type="checkbox"/> Tjenesten for funksjonshemmede | <input type="checkbox"/> Fastlege                            |
| <input type="checkbox"/> NAV                            | <input type="checkbox"/> Barne- og familietjenesten          |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapitjenesten           | <input type="checkbox"/> Frøya Hitra psykisk helsearbeid     |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapitjenesten            | <input type="checkbox"/> Voksenopplæringen                   |
| <input type="checkbox"/> Skole _____                    | <input type="checkbox"/> Rådgiver barn og unge (Hitra)       |
| <input type="checkbox"/> Barnehage _____                | <input type="checkbox"/> Familiekonsulent (Hitra)            |
|   | <input type="checkbox"/> Barne- og familieveileder (Frøya)   |
|   | <input type="checkbox"/> Ungdom- og foreldreveileder (Frøya) |

- Forvaltningskontoret for helse og omsorg/Koordinerende Enhet
- PPT
- Sykehjem
- DalPro AS
- 2.linjetjenesten (spesifiser) \_\_\_\_\_
- Andre: \_\_\_\_\_

Samtykke er gitt for tidsrommet/ perioden \_\_\_\_\_

Sted: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Hvis jeg ikke har samtykkekompetanse som er vurdert av lege \_\_\_\_\_ kan undertegnede samtykke på vegne av meg:

Navn: \_\_\_\_\_