



ÅLESUND KOMMUNE

Melding - Koordinerte tjenester

Koordinator – Individuell plan (IP)

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få oppnevnt koordinator og få utarbeidet individuell plan.

Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven og
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

PERSONLIGE OPPLYSNINGER

Navn:

Telefon:

Personnummer:

Adresse:

Foresatt/ verge/ ektefelle:

Telefon:

Foresatt/ verge/ ektefelle:

Telefon:

Fastlege:

Telefon:

Legekontor:

MELDINGEN GJELDER

Jeg har fått informasjon om **koordinator**, og om retten til å få oppnevnt en koordinator når jeg har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

Jeg har fått informasjon om **individuell plan**, og om retten til å få utarbeidet individuell plan når jeg har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

KOORDINATOR

Jeg har behov for/ ønsker koordinator.

Jeg har en koordinator *Navn på nåværende koordinator:*

Bytte av koordinator *Navn på ny koordinator (avklart):*

Ønske om ny koordinator:

Behov for koordinator er opphørt, koordinator avvikles.

INDIVIDUELL PLAN

Jeg ønsker individuell plan.

Jeg ønsker **ikke** individuell plan.

Behov for individuell plan er opphørt, individuell plan avvikles.



ÅLESUND KOMMUNE

HVEM MELDER INN BEHOVET

Navn:

Telefon:

Dato:

Relasjon/ evt. Arbeidssted:

Kort beskrivelse av situasjon/ koordineringsbehov

SAMTYKKE (gir du samtykke til)

Å innhente nødvendige opplysninger for å kunne behandle meldingen?

Ja

Nei

Å gi nødvendige opplysninger til samarbeidende tjenesteytere?

Ja

Nei

UNDERSKRIFT

Undertegnede er innforstått med og samtykker i at det i forbindelse med samarbeid om mitt kommunale tjenestetilbud innhentes og utveksles nødvendig taushetsbelagte opplysninger. Jeg vet at jeg når som helst kan trekke samtykke tilbake, helt eller delvis.
Dette meldes da til koordinator.

Om det er merknader eller begrensninger beskrives dette på et eget skjema som oppbevares av koordinator.

Underskrift bruker/ foresatte/ verge/ ektefelle/ andre med fullmakt:

Dato:

Meldingen sendes til:

Koordinerende enhet
Tildelingskontor helse- og omsorgstjenester
Postboks 1521
6025 ÅLESUND

