



Melding om behov for individuell plan og koordinator

Behandling og oppbevaring av personvernopplysningar:

Personopplysningar vert behandla og oppbevart i samsvar med personopplysningslova kap. 9: Personvernforordninga (GDPR), artikkel 6, nr. 1, bokstav c: Behandlinga er nødvendig for å oppfylle ei rettsleg forplikting som kviler på den som er ansvarleg for behandlinga.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har rett til å få utarbeida ein individuell plan. Planen skal berre utarbeidast dersom brukaren sjølv ønskjer det, jf. pasient- og brukarrettighetsloven § 2-5. Rett til individuell plan er heimla i helse- og omsorgstenesteloven § 7-1, samt i forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester.

Rett til koordinator og barnekoordinator er heimla i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og § 7-2 a, samt i forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator.

Koordinator skal sikre samordning av dine tenester, samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Det skal bli tilbydd koordinator sjølv om brukar takkar nei til individuell plan, jf. forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 16.

Kryss av:

Koordinator

Individuell plan og koordinator

Barnekoordinator (jf. pasient- og brukarrettighetsloven § 2-5 c)

Namn:

Personnummer:

Adresse:

Postnr./ poststad:

Telefonnummer:

Sivilstand:

Næraste pårørande:

Fastlege:

Skriv kort om ditt behov for koordinerte tenester:

Helse/omsorg:

Skule/arbeid:

Fritid/sosial:

Busituasjon:



Kva tenester har du i dag? (Kryss av):

Innhenting jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1

- | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Fastlege | <input type="checkbox"/> | Fysioterapeut/ergoterapeut | <input type="checkbox"/> |
| Helsestasjon | <input type="checkbox"/> | Skule | <input type="checkbox"/> |
| Kommunal teneste for psykiatri | <input type="checkbox"/> | Barnehage | <input type="checkbox"/> |
| Kommunal teneste for rusomsorg | <input type="checkbox"/> | PPT | <input type="checkbox"/> |
| Kommunal institusjon | <input type="checkbox"/> | Barneverntenesta | <input type="checkbox"/> |
| Kommunal heimeteneste | <input type="checkbox"/> | NAV | <input type="checkbox"/> |
| Spesialisthelseteneste (t.d. Helse Førde) | <input type="checkbox"/> | Anna: | <input type="checkbox"/> |

Viss ja, kva avdeling?

Teneste som melder om behov for Individuell plan og koordinator :

Mitt ønskje for personleg koordinator:

Namn:

Telefonnummer:

Teneste:

Namn:

Telefonnummer:

Teneste:



Samtykke til tverrfagleg samhandling og utveksling av opplysningar:

Informert samtykke betyr at eg som brukar:

- Har fått informasjon om kva for opplysningar som skal utvekslast.
- Veit korleis opplysningane skal nyttast.
- Er kjend med at det ikkje skal utvekslast fleire opplysningar enn det som er naudsynt.
- Er kjend med at eg kan nekte at opplysningar om særskilde forhold utvekslast, eller at særskilde fagmiljø eller enkeltpersonar får bestemte opplysningar.
- Er kjent med dei konsekvensar avgrensing av informasjon kan ha for mitt tilbod.

Eg samtykker til at det vert utveksla naudsynt informasjon mellom koordinerande eining, personleg koordinator og (kryss av):

Fastlege	<input type="checkbox"/>	Fysioterapeut/ergoterapeut	<input type="checkbox"/>
Helsestasjon	<input type="checkbox"/>	Skule	<input type="checkbox"/>
Kommunal teneste for psykiatri	<input type="checkbox"/>	Barnehage	<input type="checkbox"/>
Kommunal teneste for rusomsorg	<input type="checkbox"/>	PPT	<input type="checkbox"/>
Kommunal institusjon	<input type="checkbox"/>	Barneverntenesta	<input type="checkbox"/>
Kommunal heimeteneste	<input type="checkbox"/>	NAV	<input type="checkbox"/>
Spesialisthelseteneste (t.d. Helse Førde)	<input type="checkbox"/>	Anna:	<input type="checkbox"/>
Viss ja, kva avdeling?			

Eg samtykker til at behovet for individuell plan og/eller koordinator vert meldt til koordinerande eining, og at nødvendig informasjon kan hentast inn. Koordinator hjelper med å samordne tiltaka du har behov for.

Dato og namn:

Ved representasjon av fullmektig (pårørande/verje eller andre):

Dato og namn:

Meldeskjema sendast til:

Høyanger Kommune

v/ koordinerande eining

Adresse: Pb 159. 6991 Høyanger

Telefon: 57 71 15 00

Vi gjer merksam på at det er personen som treng koordinerte tenester som skal skrive under. Dersom andre underteiknar, skal det leggjast ved eigen skriftleg fullmakt.