Søknad sykehjemsplass

konfidensielt

Korttidsplass ☐

Fast langtidsplass ☐

Avlastning ☐

Rehabiliteringsplass ☐

Søkerens navn	
Adresse	
Telefon.	Fødselsnr. (11.siffer) . . . . .

Nærmeste pårørende/ kontaktperson	Navn/adresse	Tlf	Slekt/ familieforhold/ eller lignende

Hvilke tjenester har du fra før?

☐ Hjemmesykepleie ☐ Hjemmehjelp ☐ Matombringing.	Andre opplysninger.

Sosialmedisinske opplysninger.

Bevelgelseevne	☐ kan gå reise seg fra seng eller stol ☐ dårlig rygg/trenger ståkk/stav ☐ trenger gangstøtte ☐ Kan ikke gå i trapper ☐ trenger personstøtte	Andre opplysninger.
Spising	☐kan lage mat selv ☐ kan ikke skjære opp maten ☐ Kan ikke lage mat selv ☐ trenger hjelp til å spise	

Omfang/ønske

Fullmakt/underskrift

Sted	**Dato**	**Underskrift**

* **Søknaden sendes til Beiarn kommune, avdelingsleder for Beiarn sykehjem, 8110 Moldjord.**