



## Søknad om hjemmesykepleie.

konfidensielt

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

Husstanden for øvrig	Navn.	Født	Slekt/familieforhold
Nærmeste pårørende/kontaktperson	Navn/adresse	Tlf	Slekt/ familieforhold/ eller lignende

### Medisinske opplysninger

Spesielle medisinske opplysninger	Behandelende lege
-----------------------------------	-------------------

### Sosialmedisinske opplysninger.

Bevegelseevne	<input type="checkbox"/> Kan gå reise seg fra seng eller stol	
	<input type="checkbox"/> Dårlig rygg/trenger stakk/stav <input type="checkbox"/> Trenger gangstøtte <input type="checkbox"/> Kan ikke gå i trapper <input type="checkbox"/> Trenger personstøtte	
Spising	<input type="checkbox"/> Kan lage mat selv	
	<input type="checkbox"/> Kan ikke lage mat selv <input type="checkbox"/> Kan ikke skjære opp maten <input type="checkbox"/> Trenger hjelp til å spise	

### Omfang/ønske

--

### Fullmakt/underskrift

Sted	Dato	Underskrift
------	------	-------------

- Søknaden sendes til Beiarn kommune, avdelingsleder for hjemmesykepleien, 8110 moldjord