

HVEM ER DIN NÆRMESTE PÅRØRENDE:

Kryss av her dersom du ønsker at nærmeste pårørende skal kunne samhandle med Vedtakskontoret, samt få tilgang til helseopplysninger om deg.

Etternavn/Fornavn:

Telefon:

Adresse:

Postnr./sted:

Fødselsnr.:

Slektsforhold:

OPPLYSNINGER OM EVT. VERGE ELLER FULLMEKTIG: (legg ved skriftlig erklæring)

Etternavn/fornavn:

Telefon:

Adresse:

Postnr./sted:

Fødselsnummer:

Hvilke områder gjelder vergemålet:

Kommunalt pasient- og brukerregister:

Søker du eller mottar helse- og omsorgstjenester i din kommune blir det registrert opplysninger om deg og ditt behov for hjelp. Noen av opplysningene blir registrert etter en egen standard (IPLOS) og sendt til Kommunal pasient- og brukerregister (KPR).

KPR er et register som inneholder opplysninger om alle som mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og kommunen er pålagt å registrere disse opplysningene. Opplysningene som overføres vil bli anonymisert, og vil bli registrert i samarbeid med deg.

Når du underskriver søknaden, samtykker du til at Haugesund kommune:

- Behandler personopplysninger elektronisk og formidler opplysninger til de ansatte som deltar i saksbehandlingen og tjenesteytingen overfor deg.
- Innhenter og utveksler nødvendige opplysninger med fastlege, andre helsetjenester, NAV eller andre enheter i kommunen, f.eks. barnevern, barnehage eller skole.
- Innhenter opplysninger fra skatt- og ligningsmyndigheter for de tjenestene det kan kreves egenbetaling for.
- Informasjonen som blir innhentet, vil kun bli brukt til søknadsbehandling og tjenesteyting.

Du kan når som helst begrense og/eller trekke tilbake samtykket.

Det er ønskelig at du tar stilling til hvem kommunen kan samhandle med, se eget skjema om samtykke. Dersom du ikke ønsker å fylle ut samtykkeskjemaet, legger vi til grunn at Vedtakskontoret kan samhandle med de instanser vi har behov for ved behandling av søknaden.

Jeg søker herved om helse- og omsorgstjenester fra Haugesund kommune.

Dato:

Underskrift:

Fullmaktsskjema må vedlegges dersom søker ikke selv kan signere.

Samtykke til å dele opplysninger

Navn:

Fødselsnummer:

Nærmeste pårørende:

Samtykke gjelder følgende sak:

Vedtakskontoret for helse- og omsorgstjenester kan behandle personopplysninger elektronisk og samarbeide med og dele opplysninger med (sett kryss):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten | <input type="checkbox"/> Fastlege |
| <input type="checkbox"/> Enhet for psykisk helse og rus | <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten |
| <input type="checkbox"/> Ergo- og fysioterapitjenesten | <input type="checkbox"/> Nærmeste pårørende |
| <input type="checkbox"/> Tiltaks- og boligenheten | <input type="checkbox"/> NAV |
| <input type="checkbox"/> Andre: | |

Vedtakskontoret kan ikke hente inn opplysninger om følgende forhold:

Samtykke:

Jeg samtykker til at vedtakskontoret kan dele opplysninger med de enhetene som er krysset av i dette skjemaet. Samtykket gjelder frem til saksbehandlingen er avsluttet, med mindre annet er avtalt. Samtykket kan når som helst trekkes tilbake eller begrenses.

Jeg er også informert om at manglende samtykke til samhandling og innhenting av informasjon, vil kunne få innvirkning på saksbehandlers mulighet til å få søknaden tilstrekkelig opplyst.

Sted og dato:

Underskrift:

Samtykke er hentet inn av:

Informasjon om kommunale helse- og omsorgstjenester

Jeg har blitt informert om kommunale helse- og omsorgstjenester, og at jeg kan finne mer informasjon om tjenestene på www.haugesund.kommune.no, eller ved å kontakte vedtakskontoret.

Ja:

Nei:

Vedtakskontoret for helse- og omsorgstjenester

Besøksadresse: Kirkegata 85, 5528 Haugesund

Postadresse: Postboks 2160, 5504 Haugesund

Tlf: 52 74 42 00

E-post: postmottak.vedtakskontoret@haugesund.kommune.no