



Ansøgning til kommunale tilbud

Sendes til kommunen	
Struer Kommune Sundheds- og Ældreområdet Myndighed Voldgade 14 C 7600 Struer	Ansøgning om <input type="checkbox"/> Midlertidigt ophold <input type="checkbox"/> Varigt ophold <input type="checkbox"/> Plejehjem/bolig <input type="checkbox"/> Ældrebolig

Ansøger (udfyldes af borgeren / pårørende)

Fulde navn	Personnr.
Adresse	Telefonnr.
Civilstand <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samlever <input type="checkbox"/> Fraskilt <input type="checkbox"/> Separeret <input type="checkbox"/> Enke / enkemand	
Hvordan bor patienten <input type="checkbox"/> Eget hus <input type="checkbox"/> Lejlighed <input type="checkbox"/> Andet _____	Nuværende opholdssted <input type="checkbox"/> Egen bolig <input type="checkbox"/> Sygehus <input type="checkbox"/> Andet _____

Øvrige personer på bopælen

Ægtefælle / samlevers navn	Personnr.
Andre personers navne	

Kontaktperson (nærmeste pårørende)

Navn	Relation
Adresse	Telefonnr.

Ansøgers læge

Navn	Telefonnr.
Adresse	

Begrundelse for ansøgningen

--

Er ansøgeren i kontakt med hjemmeplejen

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

Hvad får ansøgeren hjælp til

<input type="checkbox"/> Pers. pleje <input type="checkbox"/> Praktisk hjælp <input type="checkbox"/> Træning <input type="checkbox"/> Madservice <input type="checkbox"/> Sygeplejeydelser – hvilke: _____ _____	Ønsker flytning til: _____ _____ OBS! Boliggarantien på 2 måneder er ikke gældende hvis man ønsker at bo på et specifikt plejehjem / plejebolig
--	--

Ansøgers underskrift på ansøgningen

<input type="checkbox"/> Undertegnede giver hermed kommunen/amtet tilladelse til at indhente helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for behandlingen af ansøgningen. Jeg er informeret om, at jeg ifølge Persondataloven har ret til at få at vide, hvilke oplysninger, som registreres om mig i forbindelse med min ansøgning. Hvis der er registreret forkerte oplysninger, kan jeg kræve at få dem rettet.	<input type="checkbox"/> Undertegnede ønsker ikke, at helbredsmæssige oplysninger videregives.
_____ Dato / år	_____ Ansøgerens underskrift

Lægelige oplysninger

Diagnose, behandlingsforløb, prognose, medicin

Lægens navn

Resumé af indlæggelsen/hjemmet

Indlæggelsesforløb, pleje, omsorg, træning, netværk, ressourcer

Sygeplejerskens navn