**Unntatt offentlighet**

 Offentlighetsloven § 5a

 Forvaltningsloven § 13

Til Koordinerende enhet

**Melding om behov for oppnevnelse av koordinator og / eller utarbeidelse av Individuell plan (IP)**

I henhold til Lov om pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 har pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Jfr. forskrift av 16.12.2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Lov om pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 støttes i tillegg via følgende lovhjemler: Lov om helsepersonell §§4 og 38a, Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15, Lov om sosiale tjenester i arbeids – og velferdsforvaltningen § 28, og Lov om barneverntjenester § 3-2a.

**Vedr. bruker / pasient:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etternavn, fornavn:**  |  |
| **Adresse:** |  |
| **Personnummer (11 siffer):** |  | **Telefon:** |

**Ut fra en samlet vurdering av brukers / pasients situasjon meldes det om behov for:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryss av:** | **Behov for:** | **Eventuelle kommentarer:** |
|  | **Oppnevnelse av koordinator** |  |
|  | **Utarbeidelse av Individuell plan** |  |
|  | **Hjelp til å finne rette hjelpeinstans** |  |
| **Situasjonsbeskrivelse:** |

**Bruker / pasient har samtykkekompetanse: JA \_\_\_\_\_ NEI \_\_\_\_\_\_**

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signatur (ev. rolle) til den som samtykker Signatur og rolle til den som har bistått med utfylling

 (Eks. helsepersonell i spesialisthelsetjenesten; HABU, BUP, pårørende m.fl)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ungdom fylt 16 år skal også signere dersom samtykkekompetanse)

**Send med dokumentasjon som viser bruker/ pasientens vansker og behov.**

**Ved behov for utfyllende opplysninger kan u.t. som har bistått med utfylling kontaktes på tlf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**