



Bamble kommune
Helse og Omsorg
Postboks 80
3993 Langesund

Utfylt av:
Mottatt dato:

Henvisning til fysioterapeut/ergoterapeut for barn 0-18 år

Fysioterapeut:

Psykomotorisk fysioterapeut:

Ergoterapeut:

Navn:	Personnummer (11 siffer)
Tlf.- mobil:	
Foreldres navn:	Tlf. - mor: Tlf.- far: Tlf.- arbeid:
Adresse:	e-postadresse:

Navn på skole/barnehage:	Klasse og romnr.
Kontaktperson:	Tlf:
Lege:	Tlf:

Problemstilling/diagnose:

Beskriv hvilke konsekvenser dette får i hverdagen:

Målsetning:

Aktuelle tidligere utredninger:

Annet fagpersonell/personer involvert i barnet/ansvarsgruppekoordinator:

Henvist av:

Navn:	Arb. sted/tlf:	Yrkesgruppe:	Dato:
-------	----------------	--------------	-------

Fullmakt - Helse- og omsorgstjenester

Opplysninger om den omsorgstrengende (fullmaktsgiveren)			
Etternavn	Fornavn/mellomnavn	Fødselsnr. (11 siffer)	Telefon/mobil
Adresse	Postnr. Poststed	E-postadresse	

Fullmakt til å innhente opplysninger
<p>Kommunen ber om opplysninger om deg for å kunne behandle søknaden din raskest mulig og for å kunne gi deg best mulig hjelp og behandling. I tillegg til det du selv oppgir i søknaden, kan kommunen ha behov for å innhente opplysninger fra:</p> <ul style="list-style-type: none">- pårørende- helsepersonell- andre enheter i kommunen- sykehus- bank <p>Gjelder søknaden en tjeneste som du skal betale for, kan kommunen ha behov for å innhente opplysninger fra:</p> <ul style="list-style-type: none">- Skatteetaten- NAV <p>Er du gift eller samboer, kan det også være nødvendig å hente inn opplysninger om din ektefelle/samboer.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg gir kommunen fullmakt til å innhente de opplysninger som er nødvendige for behandling av søknaden.</p> <p>Fullmakten varer inntil søknaden er ferdigbehandlet, men kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.</p>

Fullmakt til å dele opplysninger
<p>For å gi deg best mulig hjelp og behandling, kan det være nødvendig for kommunens omsorgstjeneste å dele opplysninger om deg med annet relevant personell i helse-, omsorgs-, sosial- og barneverntjeneste.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg gir kommunen fullmakt til å dele opplysninger om meg med annet relevant personell når dette anses nødvendig.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg gir kommunen en betinget fullmakt til å dele opplysninger om meg. Under har jeg angitt hvilke instanser jeg ikke ønsker mine opplysninger delt med.</p> <p>Jeg ønsker ikke at opplysninger om meg skal bli delt med:</p> <p>Fullmakten varer så lenge du mottar tjenesten, men kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.</p>

Hva blir lagret av personlige opplysninger?
<p>Kommunen vil lagre opplysninger fra søknaden og saksbehandlingen i et databasert system. Bare de personene som skal hjelpe deg, får tilgang til opplysninger om deg. De får bare vite det de trenger for å utføre sitt arbeid og har plikt til ikke å gi opplysninger videre til andre.</p> <p>Statistikk</p> <p>Noen av opplysningene blir registrert etter en egen standard og sendt til et sentralt register kalt IPLOS. Registeret brukes til statistikk og forskning. I registeret fjernes navn, adresse og fødselsnummer slik at ingen kan kjenne igjen deg og dine helseopplysninger. Du kan reservere deg mot at diagnoseopplysninger sendes til IPLOS-registeret.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg reserverer meg mot at diagnoseopplysninger registreres i IPLOS-registeret</p> <p>Innsynsrett</p> <p>Du har rett til å få vite hvilke opplysninger som blir lagret om deg og hvem som har hatt tilgang til disse. Du kan også kreve at opplysninger blir rettet, slettet eller sperret dersom de inneholder feil eller du opplever dem som sterkt belastende. Henvend deg til lederen for kommunens helse- og omsorgstjeneste dersom du ønsker slikt innsyn eller vil endre de registrerte opplysningene.</p>

Fullmakt til å søke på mine vegne			
<p><input type="checkbox"/> Jeg gir fullmakt til å søke kommunen om helse- og omsorgstjenester på mine vegne til fullmektig som nevnt under.</p>			
Etternavn	Fornavn/mellomnavn	Fødselsnr. (11 siffer)	Telefon/mobil
Adresse	Postnr. Poststed	E-postadresse	

Underskrift av den omsorgstrengende (fullmaktsgiveren)	
Sted	Underskrift
Dato	