

**Løten kommune**

Postboks 113, 2341 Løten

Telefon: 62 56 40 00, E-post: [post@loten.kommune.no](mailto:post@loten.kommune.no)Hjemmeside: <http://www.loten.kommune.no>

OfI §13 Opplysninger underlagt taushetsplikt

**Søknad - Koordinerte tjenester****Koordinator - Individuell plan (IP)**

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få oppnevnt koordinator og få utarbeidet individuell plan.

Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven og

*Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.*

Personlige opplysninger					
Etternavn		Fornavn		Personnummer (11 siffer)	
Adresse			Postnr	Poststed	
Tlf	Mobil	E-postadresse			

Opplysninger om verge/foresatt/ektefelle	
Navn	Telefon
Navn	Telefon

Opplysninger om fastlege	
Navn fastlege	Telefon
Legekontor	

Søknaden/meldingen gjelder		
Koordinator <input type="checkbox"/> Behov for/ønsker koordinator <input type="checkbox"/> Har allerede koordinator		Navn på nåværende koordinator
<input type="checkbox"/> Behov for koordinator er opphørt. Avvikles <input type="checkbox"/> Ønske om ny koordinator		Navn på ny/ønsket koordinator
Individuell plan <input type="checkbox"/> Ønsker individuell plan <input type="checkbox"/> Ønsker Ikke individuell plan <input type="checkbox"/> Behov er opphørt. Avvikles		

Hvem melder inn behovet	
Navn	Telefon
Dato	Relasjon/evt. arbeidssted
Kort beskrivelse av situasjonen/koordineringsbehov	

Samtykke - Gir du oss samtykke til å:	
Innhente nødvendige opplysninger for å kunne behandle meldingen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Gi nødvendige opplysninger til samarbeidende tjenesteytere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Underskrift	
Undertegnede er inneforstått med og samtykker i at det i forbindelse med samarbeid om mitt kommunale tjenestetilbud innhentes og utveksles nødvendig taushetsbelagte opplysninger. Jeg vet at jeg når som helst kan trekke samtykket tilbake, helt eller delvis. Dette meldes da til koordinator.	
Om det er merknader eller begrensninger beskrives dette på et eget skjema som oppbevares av koordinator.	
Sted og dato	Underskrift bruker/foresatt/verge/ektefelle/andre med fullmakt

### Søknad sendes til

TILDELINGSTEAMET  
SYKEHUSVEGEN 10  
2340 LØTEN