



FÆRDER KOMMUNE

Helse og omsorg

Bjønnesåsen Bo-og Aktivitetssenter

SØKNAD OM UTREDNING VED DEMENSPOLIKLINIKKEN I FÆRDER KOMMUNE

Søkers navn:	Fødselsnr (11 siffer):
Adresse:	Tlf:
Postnr. / sted:	Sivil status:

Pårørendes navn:	Tilknytning:
Adresse:	Tlf:
Postnr./ sted:	

Fastlege:
Evt. tidligere demensutredning (sted og årstall):
Dersom Røntgen CT og blodprøver ikke er tatt nylig, vil vår lege rekvirere dette.

Hvorfor søkes det om utredning (problemområder)?
Søkes inn av (sett kryss):
<input type="checkbox"/> Søker selv <input type="checkbox"/> Lege
<input type="checkbox"/> Hjemmetjeneste: <input type="checkbox"/> Andre:

Somatisk sykdom/ sykehistorie:
Boligforhold (antall etasjer, hus, tilrettelagt leilighet osv):
Medisiner:
Fysisk funksjonsnivå:

Språk / kommunikasjon:

Kommunale tjenester:

Evt andre opplysninger:

Info om pris:

Demensutredningen er gratis, men det må eventuelt betales egenandel for blodprøver og røntgenbilder hos fastlege og Unilabs Røntgen.

Fullmakt:

Jeg gir med dette teamet ved Demenspoliklinikken i Færder kommune fullmakt til å innhente opplysninger som er vesentlig for behandling av denne søknaden, samt det videre arbeidet ved en eventuell utredning. Videre gir jeg min fullmakt til at lege, nærmeste pårørende og eventuelt Tjenestekontoret får informasjon om utredningsarbeidet. All informasjon vil bli behandlet konfidensielt.

Søkers underskrift:

Dato:

Postadresse:
Postboks 250
3163 BORGHEIM

Besøksadresse:
Hjemsengveien 7
3140 BORGHEIM

Telefon: 33 40 23 01
Telefaks:

Bankgiro: 2470.09.57000
Postgiro skatt: 0827.58.07223
Org. nr.: 964 952 256