



## SØKNAD OM TJENESTER FRA RUSTEAM

Navn: \_\_\_\_\_ Fødsel- og personnr.: \_\_\_\_\_

Adr.: \_\_\_\_\_ Postnr: \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_

### Kontaktpersoner:

- Fastlege/legesenter: \_\_\_\_\_
- Saksbehandler NAV: \_\_\_\_\_
- DPS/institusjon: \_\_\_\_\_
- Nærmeste pårørende: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_
- Verge: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_
- Andre: \_\_\_\_\_

### Bakgrunn for søknaden: Kort beskrivelse av aktuell situasjon/helsesituasjon:

---

---

---

### Hva ønsker du hjelp til?

---

---

---

### Inntekt: (sett kryss)

- Lønnet arbeid
- Trygdet↑
- Sosialhjelp↑
- Arbeidsavklaringspenger (AAP)
- Annet: \_\_\_\_\_

**Rusbruk (sett kryss):**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alkohol   | <input type="checkbox"/> Benzodiazepiner |
| <input type="checkbox"/> Cannabis  | <input type="checkbox"/> Opiater         |
| <input type="checkbox"/> Amfetamin | <input type="checkbox"/> GHB             |
| <input type="checkbox"/> Kokain†   | <input type="checkbox"/> Annet: _____    |

**Forbruk siste mnd.:**

---

---

**Boligforhold (sett kryss):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eier bolig†            | <input type="checkbox"/> Bor hjemme hos foreldre† |
| <input type="checkbox"/> Leier bolig privat†    | <input type="checkbox"/> Uten fast bolig†         |
| <input type="checkbox"/> Leier bolig kommunalt† | <input type="checkbox"/> Annet: _____             |

**Hvordan ønsker du å bli kontaktet? (sett et eller flere kryss):**

- Brev
- Telefon
- Via pårørende/andre (hvem?): \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_

**Fullmakt til kontakt med pårørende ved oppstart av tjeneste:**

Navn: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_ Relasjon: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_ Relasjon: \_\_\_\_\_

- Begrenset informasjon: \_\_\_\_\_

**Fullmakt (jf. Helsepersonelloven §22):**

- Behandler personopplysninger elektronisk og formidler opplysninger til ansatte som deltar i saksbehandlingen og tjenesteytingen (jf. Forskrift om pasientjournal).
- Innhenter nødvendige opplysninger fra relevante instanser (jf. Forvaltningslovens §17).

Sted: \_\_\_\_\_

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

Underskrift: \_\_\_\_\_