



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.:

Barn (sett kryss):

- Jeg har barn
 Jeg har ikke barn

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: _____