Søknad om bruk av mestringsplass: KADRU

|  |  |
| --- | --- |
| Navn:  | Personnr: |
| Adresse: | Telefonnr:  |
| Barn/pårørende under 18: Ja:□ Nei:□(Viss ja: husk barnereg. skjema) | Nærmeste pårørende: (navn og telefonummer):  | Dyr: Ja: □ Nei: □  |
| Viss ja: hvem ivaretar ved innleggelse?  |
| Samtykker til informasjonsutveksling med pårørende:  | Har pasienten mestringsplan: |
|  Ja: □ Nei: □  | Ja: □ Nei: □, må utarbeides og vedlegges søknaden |
| Boforhold:  | Somatiske hensyn/utfordringer: |
| Fastlege: Legekontor: | Administrerer du selv medisiner til vanlig?: Er legemiddelforordninger gjennomgått: | Ja:□ Nei:□Ja:□ Nei:□ |
| Kontaktperson i kommunen (eks. oppfølgingstjenesten):Samtykke til informasjonsutveksling (Evt. Hvilke begrensninger):Navn:Tlf:Tjeneste: |
| Behandler i spesialisthelsetjenesten (DPS, sykehus): Samtykke til informasjonsutveksling (Evt. Hvilke begrensninger):Navn: Tlf:Rolle: |
| Ruskartlegging: | AUDIT: ……. | DUDIT: ……. | Foretrukket rusmiddel: |
| Voldskartlegging: | Tidligere og/eller aktuell vold: sJa: □ Nei:□ Vet ikke: □ | Tidligere og/eller aktuelle trusler:Ja:□ Nei: □ Vet ikke: □ |
| Historikk med:Selvmordstanker/adferd: Ja: □ Nei: □ | Historikk med:Selvskading: Ja: □ Nei:□ |
| Bakgrunn for ønske om mestringsplass: |
| Har du fått informasjon i avdelingen: Ja:□ Nei:□ |

|  |
| --- |
| Mål for oppholdet og hvilke forventninger har du til oss: |
| Har du dagaktiviteter du ønsker å fortsette med under oppholdet?:(Skole, jobb, trening osv.) |

|  |
| --- |
| Ønsket antall dager for oppholdet: Ønsket antall dager mellom opphold:  |

**ALLE AVTALER AVSLUTTES ETTER 1 ÅR FRA TILDELINGSDATO.**

Vedlegg:

Mestringsplan.