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: s  Ja: □ 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.