



Arendal kommune  
Tjenestekontoret  
Serviceboks 650,  
4809 ARENDAL

[www.arendal.kommune.no](http://www.arendal.kommune.no)  
Servicesenter tlf.: 37013000

## Søknad om plass på Arendal rehabiliteringssenter Dagrehabilitering

Unntatt fra offentlighet jfr. Off.loven §5a

### Opplysninger om søker:

Navn (søker):		Fødselsnr. (11 siffer):
Adresse:		Telefon / Mobiltelefon:
Kontaktperson:	Forhold (feks. ektefelle):	Telefon / Mobiltelefon:
Fastlege:	Legesenter:	Telefon:

### Har følgende tjenester fra før – kryss av:

Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	Ergoterapi	<input type="checkbox"/>	Fysioterapi	<input type="checkbox"/>
Boveiledertjeneste	<input type="checkbox"/>	Dagsenter	<input type="checkbox"/>	Individuell plan	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Andre faste aktiviteter?							
Institusjonsopphold / sykehusopphold siste 3 mnd?							

### Din helsetilstand:

Diagnose(r):
--------------

### Problemstilling:

Kort om hvorfor du søker plass på Dagrehabilitering:
--

**Ressurser:**

Er det noe du er god til / liker å gjøre?

**Kartlegging av ditt funksjonsnivå – kryss av og fyll ut:**

Opplever du problemer med å fungere i egen bolig?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>			
Hvis ja, beskriv nærmere:							
Bor du sammen med noen, evt. hvem?							
Kan du komme deg ut av boligen for egen hjelp for å ta drosje / transportmiddel?							
Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ikke, kan du enkelt få hjelpe til dette?			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Bruker du ganghjelpemidler (stokk/krykker/rullator/rullestol)? Hvis ja – hva?							
Har du i løpet av de siste 2 mnd falt eller opplevd plutselig kraftsvikt i bena?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>			
Har du i løpet av de siste 2 mnd fått problemer med dagligdagse gjøremål som å vaske deg, påkledning, smøre mat etc?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>			
Har armer og/eller hender blitt svakere i det siste?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>			
Har du behov for å snakke om din situasjon i forhold til familie, bolig, økonomi eller nettverk?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>			

**Til slutt:**

Hva er din målsetting med deltakelse på Dagrehabilitering?

Er du motivert for å gjøre en god egeninnsats dersom du får tilbud om plass på Dagrehabilitering?

Navn på søknadsmedhjelper – dersom du har fått hjelp til utfylling:

**Fullmakt:**

Jeg gir med dette fullmakt til at Dagrehabiliteringsteam og Tjenestekontoret kan innhente relevante opplysninger som er nødvendige for behandling av søknaden.

Dato: \_\_\_\_\_ Søkers underskrift: \_\_\_\_\_