



## Tilleggsopplysningar ved søknad om tryggleikspakke

<b>SØKAR</b>	Etternavn:	Fornavn:	
	Adresse:	Postnr.:	Poststed:
	Fødselsnr. 11 siffer:		
	Telefon:	Mobil:	
	Sivilstatus: Enslig/ugift <input type="checkbox"/> Gift/sambuar/reg.partner <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Skilt/separert <input type="checkbox"/>	Bur aleine: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	

Ved installasjon av tryggleikspakke vil det bli montert tryggleiksalarm, røykvarslar og E-lås.

- Har du per i dag brannvarsling med direktevarsling til brannvesen? Ja  Nei
- Oppheld du deg i fleire etasjar enn hovudetasjen? Ja  Nei
- Er det behov for fallalarm? Ja  Nei
- Ønsker pårørande å ta i bruk Tryggi app? Ja  Nei
- Er det forhold ved inngangsdør som kan vanskeliggjere mulighet for E-lås, til dømes eldre dørtype? Ja  Nei
- Har du felles ytterdør med andre i tillegg til di eiga utgongsdør? Ja  Nei 
  - Eventuell kontaktperson i burettslag/sameige: \_\_\_\_\_
- Er det behov for ekstra alarmsmykke til ektefelle/sambuar? Ja  Nei 
  - Namn og fødselsnr. ektefelle/sambuar: \_\_\_\_\_

### Særleg viktig helseinformasjon

Det er nokon helseopplysningar som er særleg viktige å kjenne til for dei som skal motta alarmrop frå deg. Kryss av for det som er aktuelt:

Afasi, alvorlege talevanskar  Nedsatt hørsel (alvorleg)  Store vanskar med forflytting

Anna:



# Sveio kommune

Utløyst alarm går til responscenter som formidler kontakt med heimetenesta ved behov. Dersom det er ønskeleg kan pårørande setjast opp som 1. kontakt før responscenter. Dette kan til dømes være ønskeleg i tilfeller der pårørande bur svært nære.

Kryss av dersom ønskeleg: Ja  Nei

	Namn	Adresse	Telefon	Mobil	*
1					
2					

\*Tilknytning til brukar: sett talet 1 for son/dotter og talet 2 for «andre»

## Samtykke TRYGGI app

Den/dei samtykket gjeld vil kunne få innsyn i teknisk status på velferdsteknologisk utstyr, avlest informasjon og dokumentasjon av helsepersonellens oppfølging på utløyste alarmer eller medisinske målingar. Dette inneber at dei vil kunne få tilgang til taushetsbelagt informasjon, både om kor du befinn deg og helseopplysningar relatert til årsak til og oppfølgingen av alarmer og helsemessige forhold.

Underteikna samtykker til at det i samband med mine kommunale velferdsteknologitjenester utveksles nødvendige taushetsbelagte opplysningar. Eg er kjend med at eg når som helst kan trekke samtykket tilbake. Tilbaketrekking av samtykke meldes til tenestekontor. Dette samtykket gjeld ikkje øvrige kommunale helsetenester enn velferdsteknologitenestene.

Samtykket gjeld:

Navn	Mobilnr	Fødselsnr

Stad og dato:

Underskrift:

## Underskrift/fullmakt

Eg bekreftar at opplysningar eg har gitt i søknaden er korrekte, og gjer helse- og omsorgsetaten fullmakt til å utveksla informasjon med anna helsepersonell/samarbeidspartnare involvert i behandlinga og tenesteutøvinga, derunder responstenesta (Tellu/Kristiansand kommune)

Stad og dato:

Underskrift:

**Søknaden sendes:**

**Tenestekontoret for pleie-og omsorgstenester**

Sveio Omsorgssenter

Løkjavegen 35

5550 SVEIO

Tlf: 53 74 82 20