|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Fødsels og personnr.: |
| Adresse: | Telefon: |
| Pårørende /verge: | Telefon: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Melding om **nyopprettet** ansvarsgruppe. |
|  | Melding om **oppløsning** av ansvarsgruppe. |
|  | Melding om **ny/endring av koordinator** |

**MELDINGSSKJEMA KOORDINATOR/ANSVARSGRUPPE**

|  |  |
| --- | --- |
| HVEM skal delta i ansvarsgruppen | Tjeneste/virksomhet |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Koordinator |  |
| Kontaktperson i virksomheten til koordinator (ved uforutsett fravær, ansvar på system nivå i virksomheten) |  |
| Aktuelle tjenstester som møter ved behov |  |
| Andre planer (IOP, treningsplan, pleieplan, aktivitetsplan, omsorgsplan m.fl) |  |

**Har tjenestemottaker individuell plan?**  
***Hvis JA***   
Er planen ferdig utarbeidet? JA NEI

Hvis ikke når forventes planen ferdig?  
Når skal planen revideres?

***Hvis NEI***  
Er det informert om individuell plan? JA NEI   
Er det behov for individuell plan? JA NEI Ikke Foreløpig

# SAMTYKKEERKLÆRING- ansvarsgruppe

Jeg er kjent med ansvarsgruppens tverrfaglige sammensetning og arbeidsform, og samtykker til at det opprettes/videreføres en ansvarsgruppe rundt meg.

Jeg samtykker til at personene i ansvarsgruppen får tilgang til relevante taushetsbelagte opplysninger.

Jeg samtykker til at Koordinerende enhet (KE) i Brønnøy kommune mottar og registrerer opplysningene om opprettelse/oppløsning/endringer av ansvarsgruppen.

Jeg samtykker til at ansvarsgruppen oppløses fra denne dato.

**Underskrift tjenestemottaker:**

**Evt. pårørende/verge:**

**Underskrift koordinator:**

**Sted:** **Dato:**

Koordinerende enhet skal ha melding:

* Ved nyopprettet ansvarsgruppe
* Ved oppløsning av ansvarsgruppe
* Ved endringer av koordinator

Kopi sendes til Koordinerende enhet. Skulesvei 13, 8904 Brønnøysund