



Leikanger kommune

Individuell plan for

Planen er gyldig i perioden _____

Samtykkeerklæring

Samtykke: Eg er kjent med kva ein individuell plan er, og samtykker med dette til at planen vert utarbeida.

Teieplikt: Opplysningar som ulike offentlege tilsette/tenestenivå får om meg i rehabiliteringsprosessen kan berre gjevast vidare med mitt, eller den eg utnemner som næraste pårørande/verge sitt samtykke, dersom ikkje anna er bestemt i eller i medhald av lov. Eg og næraste pårørande kan til ei kvar tid dra dette samtykke tilbake.

Dato: _____ Signatur: _____

Dato: _____ Signatur: _____

Brukar	
Namn:	
Fødselsnr:	
Adresse:	
Telefon:	
E-post:	
Nærste pårørende:	
Namn:	Namn:
Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:
E-post:	E-post:
Hjelpeverge/verge	
Namn:	
Adresse:	
Telefon:	E-post:

Ansvarsgruppe

Koordinator	
Namn:	Telefon
Stilling:	Adresse:
E-post:	
Andre personar i ansvarsgruppa	
Namn:	Namn:
Stilling:	Stilling:
E-post:	E-post:
Telefon:	Telefon:
Arbeidsstad/adr:	Arbeidsstad/adr:
Namn:	Namn:
Stilling:	Stilling:
E-post:	E-post:
Telefon:	Telefon:
Arbeidsstad/adr:	Arbeidsstad/adr:
Namn:	Namn:
Stilling:	Stilling:
E-post:	E-post:
Telefon:	Telefon:
Arbeidsstad/adr:	Arbeidsstad/adr:

Andre opplysningar

Enkeltvedtak som ligg til grunn:	

Mine interesser og ynskje:

--

Ressursar:

--

Diagnose/funksjon:

--

Behov for tenester/hjelp:

--

Hovudmål:				
Delmål:	Tiltak	Ansvar for tiltak(og evt. saman med	Tiltaks periode	Evaluering
Signatur:				
	_____	_____		
	Brukar/føresette	Koordinator		

