Oplysningsskema ved indskrivning i Lykkegard Ophold

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Dato       |
| Personlige oplysninger |  |  |
| CPR-nummer | CPR-nummer |  |
|       |  |
| Navn | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Adresse | Gade/vej | Nr. | Sal | Side |
|       |       |       |       |
| Postnr. | By |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |
| Generelt | Forældremyndighed/værge |
| [ ]  Mor | [ ]  Far | [ ]  Mor/far fælles | [ ]  Værge |
| Indskrevet i Lykkegard Ophold pr. dato |  |
|       |  |
| Visiteret til | [ ]  Ophold SEL § 107 | [ ]  Ophold SEL § 66 |
| [ ]  Efterværn SEL § 76 stk. 3 | [ ]  Støtte- og kontakt SEL § 52 |
| [ ]  Særligt tilbud/Andet |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mor |  |  |
| CPR-nummer | CPR-nummer |  |
|       |  |
| Navn | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Adresse | Gade/vej | Nr. | Sal | Side |
|       |       |       |       |
| Postnr. | By |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Far |  |  |
| CPR-nummer | CPR-nummer |  |
|       |       |
| Navn | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Adresse | Gade/vej | Nr. | Sal | Side |
|       |       |       |       |
| Postnr. | By |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Værge |  |  |
| Navn | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Værgemål | [ ]  Økonomisk  | [ ]  Personlig |
| Adresse | Gade/vej | Nr. | Sal | Side |
|       |       |       |       |
| Postnr. | By |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familie |  |  |
| Navn | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail | Relation |
|       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Plejefamilie |  |  |
| Navn | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Adresse | Gade/vej | Nr. | Sal | Side |
|       |       |       |       |
| Postnr. | By |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Skole |  |  |
| Skole | Skolens navn |
|       |
| Adresse | Gade/vej | Nr. | Sal | Side |
|       |       |       |       |
| Postnr. | By |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |
| Skoleudtalelse | Seneste skoleudtalelse ønskes fremsendt |
| [ ]  Vedlagt | [ ]  Eftersendes | [ ]  Andet |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Samarbejdspartner |  |  |
| Sagsbehandler | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |
| Kommune |       |
| Afdeling |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familieplejekonsulent | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |
| Kommune |       |
| Afdeling |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Visitator/ tilsynskonsulent | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |
| Kommune |       |
| Afdeling |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indsatsmål |  |  |
| Indsatsmål |       |
| Dagsstruktur | Har barnet/den unge en dagsstruktur? | Hvis Ja hvilke(n)? |
| [ ]  Ja | [ ]  Nej |       |

|  |
| --- |
| **Helbredsoplysninger** |
| Generelt | Højde | Vægt |
|       |       |
| Barnet/den unges sygdom(me), diagnose(r) og funktionsnedsættelser |       |  |
| Har barnet/den unge fulgt det danske vaccinationsprogram? | Ja | Nej |
| [ ]  | [ ]  |
| Dato for sidste stivkrampevaccination | Dato |
|       |
| Har barn/den unge smitsomme sygdomme | Ja | Nej |
|  | [ ]  | [ ]  |
| Hvis ja, hvilke? |       |
| Selvhjulpen | [ ]  Ja | [ ]  Nej  |
| Vådligger | [ ]  Ja | [ ]  Nej |

|  |
| --- |
| **Medicin** |
| Får barnet/den unge medicin dagligt? Hvis ja, kontaktes du af den medicinansvarlige på Lykkegard | Ja | Nej |
| [ ]  | [ ]  |
| Skal Lykkegard varetage den komplette medicinadministration? | Ja | Nej |
| [ ]  | [ ]  |
| Varetager barnet/den unge delvist egen medicinadministration? | Ja | Nej |
| [ ]  | [ ]  |
| Varetager barnet/den unge helt egen medicinadministration?  | Ja | Nej |
| Lykkegard forbeholder sig ret til at opbevare medicin i aflåst skab | [ ]  | [ ]  |
| Har barn/den unge lægeligt konstateret allergi, intolerans eller Cave? (Cave er medicin udstedt af læge som barnet/den unge ikke tåler) | Ja | Nej |
| [ ]  | [ ]  |
| Hvis ja, hvilke? | Allergi/intolerans | Cave |
|       |       |
| Reaktion | Reaktion |
|       |       |
| Behandling | Behandling |
|       |       |
| Har barnet/den unge brug for hjælp til håndtering af allergi/intolerans? | Ja | Nej |
| [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Praktiserende læge | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |
| Klinikkens navn |  |  |
|  |  |  |
| Tandlæge | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |
| Klinikkens navn |  |  |
|  |
| Speciallæge | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Kontaktoplysninger | Telefon | E-mail |
|       |       |
| Klinikkens navn |       |  |

|  |
| --- |
| Kostpenge |
| Ønsker forældre/værge/borger over 18 år kostpenge ved ophold udenfor Lykkegard?Kostpenge kan udbetales ved ophold på 3 sammenhængende døgn (3 overnatninger) eller derover (KLs takst). | Ja | Nej |
| [ ]  | [ ]  |
| Pengene skal overføres til | Fornavn(e) | Efternavn(e) |
|       |       |
| Reg. nr. | Konto nr. |
|       |       |

|  |
| --- |
| Øvrige oplysninger i forbindelse med indskrivningen |
| Skal have hjælp til |       |
| Særlige hensyn og/eller aftaler |       |