

**SØKNADSSKJEMA  
INDIVIDUELL PLAN**

Søker

Navn :	Fødselsnr :
Adresse :	Telefon :

Nærmeste pårørende :	Slektsforhold :
Adresse :	Telefon :

Diagnose, funksjonsnivå

--

Beskriv hvorfor du ønsker individuell plan

--

Involverte instanser, ansvarsgruppe evt andre nære personer

Navn:	Telefon :

Sted og dato:

Underskrift :

------	------

Søknad sendes til : Kordinator for rehabilitering,  
Distriktsmedisinsk Senter for Midt-Troms  
Postboks 600, 9306 Finnsnes