**Bo- og rehabiliteringscenter Lunden**

**Lundvej 135A, 6800 Varde**

**Telefon 7994 8740**

**Mail:** [**lunden@varde.dk**](mailto:lunden@varde.dk)

**Visitationsskema SEL §107 og SUL §140**

Sæt kryds ud for det ophold og de indsatser der ønskes tilbud på.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansøgning om**: | |
| Rehabiliteringsophold på specialiseret niveau med genoptræningsplan  (**Servicelov §107 og Sundhedslov §140**). |  |
| Døgnrehabilitering |  |
| Brush-up forløb m. GOP |  |
| Følge-hjem ordning |  |
| Ambulant forløb |  |
| Tilbage til arbejde |  |
| Rehabiliterings-/midlertidigt ophold (døgn) for voksne med senhjerneskader jævnfør **Serviceloven §107**. |  |
| Brush-up forløb u. GOP |  |
| Genoptræningsophold på avanceret niveau |  |
| Genoptræning/rehabilitering med genoptræningsplan jævnfør **Sundhedsloven §140**. |  |
| Vederlagsfri fysioterapi |  |
| Ambulant forløb |  |
| Følge-hjem ordning |  |
| Tilbage til arbejde |  |
| Separate tilbud (kontakt os for mere info) |  |
| Undervisning |  |
| Støttevejledninger |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personoplysninger:** | |
| Navn |  |
| CPR. nr. |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| TLF/mobil |  |
| E-mail |  |
| Forsørgelsesgrundlag |  |
| Værgemål og type |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Henvisende kommune:** | |
| Kommune |  |
| CVR. nr. |  |
| EAN nr. |  |
| E-mail |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| Afdeling |  |
| Sagsbehandler |  |
| TLF/mobil |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kommunens begrundede indstilling og mål for opholdet:** (Udredning og handleplan i henhold til voksenudredningsmetoden, plejeforløbsplan samt andre relevante journaloplysninger skal fremsendes hurtigst muligt). | |
|  | |
| Særydelser ja/nej |  |
| Bevillingsperiode |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Betalingstilsagn:** | |
| Dato for betalingstilsagn |  |
| Sagsbehandlers navn og underskrift |  |
| Direkte telefonnummer. |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nærmeste pårørende 1:** | |
| Navn |  |
| CPR. Nr. |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| TLF/mobil |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pårørende 2:** | |
| Navn |  |
| CPR. Nr. |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| TLF/mobil |  |
| E-mail |  |