



**Aktuelle nye samarbeidspartnarar:**

Avdeling/teneste:	Namn/kontaktperson:	Telefon:

**Brakar sitt ynskje i høve til ny koordinator (namn på aktuell personar/tenestestader): .....**

**Har brukar individuell plan:**     Ja     Nei

Brakar/føresette samtykker med denne meldinga at koordinerande eining hentar inn aktuell informasjon frå overfor nemnde avdelingar/tenesteytarar som sakshansamar treng informasjon frå, og samhandle med desse i høve utveljing av koordinator.

**Underskrift av pasient/brukar/føresett**

Dato: .....

Namn: .....

Dato: .....

Namn: .....

Meldar si underskrift:

Dato: .....

Namn: .....

Meldinga sendast til: Koordinerande Eining  
v/ Helse og Omsorg  
Barstadmarka 2  
6102 VOLDA  
Tlf: 908 23 159