**Opholdsaftale jf. SEL § 110**

|  |
| --- |
| **Henvendelse i samarbejde med:**   |
| Henvendelse fra *(borgeren selv, familie eller andet netværk)*:      Handle og betalingskommune: Afdeling: Navn *(sagsbehandler)*:      Emailadresse:       Tlf. nr.:        |

|  |
| --- |
| **Borger:** |
| Navn: Cpr.nr.:      Telefonnummer:      Folkeregisteradresse:        |

|  |
| --- |
| **Målgruppeafklaring:** |
| Hører borgeren til målgruppen jvf. SEL § 110 [ ]  ja [ ]  nejBorgeren er hjemløs: [ ] Borgeren har egen bolig, men kan ikke opholde sig i den: [ ]  Beskriv de sociale problemstillinger: Formål med indskrivning: Supplerende oplysninger:  |

|  |
| --- |
| **Aftaler for opholdet:** |
| Dato for indskrivning: Plan for opholdet og evt. opholdets længde: Hvad skal borgeren udskrives til samt navn på den person der evt. skal kontaktes): Øvrige aftaler:  |

|  |
| --- |
| **Medicin:** |
| Medicin*:*      Substitutionsmedicin *(der skal vedlægges medicinkontrakt hvor det fremgår hvor borgeren skal hente sin substitutionsmedicin efter udskrivning fra Skovvang, såvel ved planlagt udskrivning som ved afrejse før tid.)*:      Må al medicin udleveres til borgeren ved afrejse:       |

|  |
| --- |
| **Kontaktoplysninger:** |
| Misbrugsbehandler *(navn og kontaktoplysninger):*      Egen læge *(navn og kontaktoplysninger):*     Speciallæge:      Andre relevante kontaktpersoner *(f. eks. støtte- kontaktperson, familie m.m.):*      |

|  |
| --- |
| **Udfyldes af Skovvang** |
| Kontaktoplysninger på Skovvang:Navn: Mette Michaelsen Tlf.: 96 11 36 40 e-mail: skovvang@holstebro.dk Opholdsaftalen er udfyldt af: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Dato Underskrift henvisende myndighed*