**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  nej  Borgeren 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](mailto:skovvang@holstebro.dk)  Opholdsaftalen er udfyldt af: |

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

*Dato Underskrift henvisende myndighed*