



Ansøgning vedr. synsvanskeligheder hos børn

Oplysninger om barnet

CPR-nummer	
Fulde navn	

Oplysninger om forælder/værge

Cpr-nummer	
For- og mellemnavn(e)	
Efternavn	
Adresse	
Postnummer og by	
Telefonnummer	

Hvad er din relation til barnet, som du søger for?

Forælder	☐
Værge	☐



Hvor opholder barnet sig i dagtimerne?

Markér en eller flere

Hjemme	☐
Daginstitution	☐ Angiv navn, adresse, telefonnummer og kontaktperson
Skole	☐ Angiv navn, adresse, telefonnummer og kontaktperson
Aflastningstilbud	☐ Angiv navn, adresse, telefonnummer og kontaktperson
Andet	☐ Angiv navn, adresse, telefonnummer og kontaktperson på de steder, hvor barnet ellers opholder sig



Hvilke relevante fagpersoner er der omkring barnet?

For at kunne behandle barnets sag hurtigst muligt er det en fordel, hvis vi kender de relevante fagpersoner omkring barnet og kan kontakte dem ved behov.

Markér en eller flere

Sagsbehandler	☐ Angiv navn og kontaktoplysninger på sagsbehandleren
Sundhedsplejerske	☐ Angiv navn og kontaktoplysninger på sundhedsplejersken
Ergoterapeut	☐ Angiv navn og kontaktoplysninger på ergoterapeuten
Talepædagog	☐ Angiv navn og kontaktoplysninger på talepædagogen
Andre	☐ Angiv titel, navn og kontaktoplysninger på øvrige relevante fagpersoner omkring barnet



Har du behov for tolk?

Ja	☐ Hvilket sprog?
Nej	☐

Hvor har du hørt om Kommunikationscentrets tilbud?

--



Er barnet tilknyttet synsregistret på Kennedy Centret?

Ja	☐ Hvis barnet er tilmeldt synsregistret, har vi automatisk modtaget oplysninger fra Kennedy Centret.
Nej	☐ Selvom barnet ikke er tilmeldt synsregistret, kan du/I stadig sende ansøgningen til os, hvorefter vi vil søge kommunen om et forløb til barnet.

Kender du barnets øjendiagnose og/eller synsevne (benævnes ofte Visus)?

Ja	☐
Nej	☐
<i>Hvis ja: Angiv gerne de oplysninger du kender</i>	
Øjendiagnose	
Synsevne (Visus) – højre øje	
Synsevne (Visus) – venstre øje	

Øjenlæge

Hvis barnet har været hos øjenlæge, kan du angive navn og adresse herunder, så vi kan indhente relevante oplysninger.

Navn og adresse på øjenlæge	
Hvornår har barnet senest været hos øjenlæge?	

Har barnet andre funktionsnedsættelser, f.eks. hørenedsættelse, motoriske vanskeligheder mv.?

Ja	☐ Hvilke andre funktionsnedsættelser har barnet?
Nej	☐



Supplerende oplysninger

Her har du mulighed for at angive supplerende oplysninger til spørgeskemaet

Dato

Underskrift

Bilag

Hvis du selv ligger inde med dokumenter, der er relevante i forhold til din henvendelse, må du meget gerne sende kopier af dokumenterne til os sammen med din ansøgning.

Relevante dokumenter kan f.eks. være dokumenter fra øjenlæge el.lign.



Samtykkeerklæring

Samtykke til indhentning og videregivelse af personoplysninger

Ved at give samtykke, giver du Kommunikationscentret lov til at indhente oplysninger, således at barnets sag kan blive bedst muligt belyst. Samtidig giver du Kommunikationscentret lov til at videregive oplysninger, således at kommunen kan behandle en eventuel ansøgning om specialundervisning og/eller hjælpemidler.

Tilbagekaldelse

Du kan på et hvilket som helst tidspunkt trække dit samtykke tilbage. Det gør du ved at henvende dig til Kommunikationscentret på telefon 7232 3800 eller ved at skrive til os via Digital Post. Tilbagekaldelse af samtykke vedrører kun den fremtidige indhentning og videregivelse af oplysninger.

Navn	
CPR-nr.	

Jeg giver samtykke til, at Kommunikationscentret i Hillerød må:

- ☐ **Indhente og videregive** oplysninger, der er nødvendige for behandling af barnets sag, fra læge, hospital, speciallæger, kommune og andre relevante leverandører.

Dato

Underskrift



Hvis denne blanket er udfyldt af andre end vedkommende selv, angiv oplysninger nedenfor:

Navn	
Relation til vedkommende	
Telefonnummer	

Dato

Underskrift