



Ansøgningsskema vedr. senfølger efter hjernerystelse og/eller piskesmæld

Vær opmærksom på, at vi kun kan hjælpe borgere, der har lægelig dokumentation for senfølger efter hjernerystelse/piskesmæld. Har du ikke det, skal du derfor tage kontakt til egen læge eller neurolog for at få dokumentation for dine senfølger, hvorefter du kan vende tilbage og udfylde ansøgningskemaet.

Oplysninger om ansøger

Personnummer			
For- og mellemnavn(e)			
Efternavn			
Vejnavn			
	Husnummer	Etage	Side/Dør
Postnummer og by			
Telefonnummer			

Jeg har ikke adresse i Danmark. Udfyld udenlandsk adresse her:

Pårørende

Angiv eventuelt kontaktoplysninger på en pårørende, som vi kan kontakte, hvis der bliver behov for det.

Navn	
Relation	
Telefonnummer	

Er du pensionist?

Ja	<input type="checkbox"/>
Ja, men fortsat i erhverv	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Hvilken uddannelse har du?

--

Er du i job?

Ja	<input type="checkbox"/> Hvilket erhverv?
Nej	<input type="checkbox"/> Hvad er dit seneste erhverv?

Er du sygemeldt?

Ja, fuldtidssygemeldt	<input type="checkbox"/>
Ja, deltidssygemeldt	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Andet (f.eks. fleksjob, jobafklaring el.lign.)	<input type="checkbox"/> Uddyb venligst
Navn og telefonnummer på eventuel jobkonsulent	

Befordring

I særlige tilfælde, hvor du ikke kan færdes på egen hånd, kan du gennem din kommune blive visiteret til kørsel (befordring) med Flexhandicap til og fra din aftale hos os.

Du er **ikke** berettiget til kørsel med Flexhandicap, hvis du selv er i stand til at bevæge dig ud til din kantsten, og skal derfor selv sørge for transporten, f.eks. med ordningen Flextur.

Du kan læse mere om kørsel til Kommunikationscentret på vores hjemmeside kc.hillerod.dk (under "For borgere" > "Praktiske informationer").

Ja, jeg har brug for befordring	<input type="checkbox"/> Hvorfor?
Nej, jeg har ikke brug for befordring	<input type="checkbox"/>

Har du behov for tolk?

Ja	<input type="checkbox"/> Hvilket sprog?
Nej	<input type="checkbox"/>

Min henvendelse er i forhold til

Mit privatliv	<input type="checkbox"/>
Mit job	<input type="checkbox"/>
Mit privatliv og mit job	<input type="checkbox"/>

Hvor har du hørt om Kommunikationscentrets tilbud?

--

Oplysninger om min hjernerystelse og/eller piskesmæld

Har du været på skadestuen, hos egen læge eller hos neurolog i forbindelse med din hjernerystelse/piskesmæld og/eller dine senfølger?

Ja <input type="checkbox"/>	Hvis du selv ligger inde med lægelig dokumentation for dine senfølger, må du meget gerne sende os en kopi sammen med din ansøgning.
Nej <input type="checkbox"/>	Vi har desværre ikke mulighed for at hjælpe borgere uden lægelig dokumentation for senfølger efter hjernerystelse/piskesmæld. Du skal derfor tage kontakt til egen læge eller neurolog for at få dokumentation for dine senfølger, hvorefter du er meget velkommen til at sende os din ansøgning.

Beskriv kort din ulykke

--

Anden behandling

Får du eller har du fået anden behandling i forbindelse med din hjernerystelse/piskesmæld og/eller dine senfølger, f.eks. fysioterapeut, neurolog, psykolog, neurooptometrist mv.?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja – hvilken/hvilke typer behandling?		

Andre lidelser

Har du andre fysiske eller psykiske lidelser ud over din hjernerystelse/piskesmæld, f.eks. kroniske smerter, fibromyalgi, ADHD, depression, angst, PTSD, stress mv.?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja – hvilke andre fysiske eller psykiske lidelser har du, og havde du det også inden din hjernerystelse/piskesmæld?		

Min hverdag

Er du i stand til at opretholde dit arbejde/studie/fritidsliv som før din hjernerystelse/piskesmæld?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hvis nej – hvordan er din situation ændret i forhold til før din hjernerystelse/piskesmæld?		

Oplever du efter din hjernerystelse/piskesmæld:

Øget hovedpine?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ændrede søvnmønstre, f.eks. svært ved at falde i søvn, vågner mange gange?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du er følelsesmæssigt påvirket af din egen situation, f.eks. er mere trist end du plejer, bliver lettere irriteret?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du får støtte af dine omgivelser, f.eks. forståelse fra dine venner, at din familie viser hensyn?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Efter hjernerystelsen/piskesmældet oplever jeg vanskeligheder med (markér én eller flere):

Synet <input type="checkbox"/>	Hørelsen <input type="checkbox"/>
Kommunikation <input type="checkbox"/>	Mit daglige aktivitetsniveau <input type="checkbox"/>
Sansepåvirkninger <input type="checkbox"/>	

Besvar venligst de følgende underspørgsmål for de områder, du har markeret ovenfor.

Synet

Optiker

Har du været ved optiker og har fået de bedst mulige briller/linser?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hvis nej: Du skal gå til en lokal optiker for at få lavet en synsprøve og få de bedst mulige briller/linser før besøget på Kommunikationscentret, men udfyld gerne resten af ansøgningskemaet og send det til os med det samme.		

Oplever du efter din hjernerystelse/piskesmæld:

Udfordringer ved brug af computer/mobiltelefon og/eller ved læsning? Hvis ja – hvordan kommer dine udfordringer til udtryk? Kan du f.eks. sidde kortere tid foran din computerskærm end før?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Udfordringer med lysfølsomhed? Hvis ja – I hvilke situationer oplever du lysfølsomhed, og hvad gør du ved det?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Udfordringer med at se ting, der er i bevægelse, eller hvis ting omkring dig bevæger sig? Hvis ja – I hvilke situationer forekommer det, og hvad gør du ved det?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Hørelsen

Oplever du efter din hjernerystelse/piskesmæld:

At det er blevet svært at høre, hvad andre siger til dig, i mindre grupper (2-4 personer)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du er blevet særligt følsom over for hverdagslyde og lyde, som andre ikke er generet af?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du har fået tinnitus, som begrænser dig i hverdagen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Besvar venligst det følgende spørgsmål, hvis du har svaret "Ja" til et eller flere af de ovenstående spørgsmål.

Er du blevet undersøgt hos en ørelæge efter din hjernerystelse/piskesmæld?

Ja <input type="checkbox"/>	For at vi kan behandle din sag hurtigst muligt, bedes du angive din ørelæges kontaktoplysninger her, så vi kan indhente relevant journalmateriale:
Nej <input type="checkbox"/>	Du skal gå til en ørelæge og blive undersøgt før besøget på Kommunikationscentret, men udfyld gerne resten af ansøgningskemaet, og send det til os med det samme.

Kommunikation

Oplever du efter din hjernerystelse/piskesmæld:

At det er svært at forstå de væsentlige informationer i en samtale?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du har svært ved at ytre dine tanker og holdninger, f.eks. fordi du ikke kan finde de ord, du gerne vil bruge?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du har svært ved at indlede og/eller holde en samtale i gang?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du har svært ved at observere fejl eller rette formuleringer til, når du formulerer dig skriftligt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du har svært ved at få det fulde udbytte af en læst tekst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Mit daglige aktivitetsniveau

Oplever du efter din hjernerystelse/piskesmæld:

At du har svært ved at huske vigtige informationer, f.eks. aftaler, indkøb, mundtlige beskeder?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du har svært ved at koncentrere dig i længere tid ad gangen, f.eks. se en tv-serie, læse en bog, føre en samtale?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du hurtigere mister overblikket, hvis du skal overskue mange ting på én gang, f.eks. madlavning, indkøb?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
At du har fået et øget behov for hvile, f.eks. sover mere i løbet af dagen, har brug for flere pauser?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Sansepåvirkninger

Oplever du efter din hjernerystelse/piskesmæld:

Udfordringer med øget følsomhed eller øget reaktion på sansestimuli i hverdagen, f.eks. berøring, bevægelse, balance, smag, lugt, lys og lyd? Hvis ja – hvilke udfordringer oplever du?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Udfordringer med nedsat følsomhed eller nedsat reaktion på sansestimuli i hverdagen, f.eks. berøring, bevægelse, balance, smag, lugt, lys og lyd? Hvis ja – hvilke udfordringer oplever du?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
At du undgår eller udtrættes af bestemte aktiviteter i hverdagen, f.eks. indkøb, fritidsaktiviteter, sociale aktiviteter, ophold på steder med mange mennesker, at køre bil, gå på trapper, tage elevator/rulletrappe? Hvis ja – hvilke udfordringer oplever du?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
At det er svært at slappe af eller have kropslig ro, f.eks. muskelspændinger, rastløshed, bliver hurtigt forskrækket, hjertebanken, uro i kroppen? Hvis ja – hvilke udfordringer oplever du?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Udfordringer med at opretholde din opmærksomhed, f.eks. kan kun arbejde med én opgave ad gangen, bliver afledt, hvis der er meget støj? Hvis ja – hvilke udfordringer oplever du?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Udfordringer med at fornemme/registrere basale behov, f.eks. sult, tørst, toiletrang, behov for pauser (udtrætning) mv. Hvis ja – hvilke udfordringer oplever du?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Supplerende oplysninger

Her har du mulighed for at angive evt. supplerende oplysninger til ovenstående spørgsmål.

--

Dato

Underskrift

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

Navn	
Relation til vedkommende	
Telefon	

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 læge, sygehus, genoptræningssted, neuropsykologisk undersøgelse eller lignende.

Samtykkeerklæring

Samtykke til indhentning og videregivelse af personoplysninger

Ved at give samtykke, giver du Kommunikationscentret lov til at indhente oplysninger, således at din sag kan blive bedst muligt belyst. Samtidig giver du Kommunikationscentret lov til at videregive oplysninger, således at kommunen kan behandle en eventuel ansøgning fra dig 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 min sag, fra læge, hospital, speciallæger, kommune og andre relevante leverandører.

Dato

Underskrift