



Ansøgning vedr. neurologiske lidelser

Oplysninger om ansøger

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

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"/> |



Hjemmebesøg

Hvis du grundet din funktionsnedsættelse ikke er i stand til at møde op på Kommunikationscentret, kan vi i nogle tilfælde foretage hjemmebesøg.

| | |
|---|-----------------------------------|
| Ja, jeg har behov for hjemmebesøg | <input type="checkbox"/> Hvorfor? |
| Nej, jeg har ikke behov for hjemmebesøg | <input type="checkbox"/> |

Ønsker du virtuel udredning og/eller undervisning, hvis det er muligt?

Hvis vi vurderer, at det er relevant, vil det i nogle tilfælde være muligt at foretage udredning og/eller undervisning virtuelt.

| | |
|---|--------------------------|
| Ja, jeg ønsker virtuel udredning/undervisning, hvis det er muligt | <input type="checkbox"/> |
| Nej, jeg ønsker ikke virtuel udredning/undervisning | <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?

| |
|--|
| |
|--|



Diagnose

Markér en eller flere

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parkinsons sygdom | <input type="checkbox"/> Atypisk Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease (MND) | <input type="checkbox"/> Sclerose |
| <input type="checkbox"/> Ataksi | |
| <input type="checkbox"/> Andet - Hvilken diagnose har du? | |
| <input type="checkbox"/> Jeg er under udredning - Hvilken diagnose er du under udredning for? | |

Jeg har været til genoptræning i forbindelse med mit sygdomsforløb?

| | |
|-----|--|
| Ja | <input type="checkbox"/> Hvor har du været til genoptræning? |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

Jeg har modtaget anden behandling i forbindelse med mit sygdomsforløb, f.eks. fysioterapi, psykolog, ergoterapi mv.

| | |
|-----|--|
| Ja | <input type="checkbox"/> Hvilken behandling har du modtaget? |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

Jeg har været indlagt på sygehus i forbindelse med mit sygdomsforløb?

| | |
|-----|--|
| Ja | <input type="checkbox"/> Navn på sygehus og afdeling |
| Nej | <input type="checkbox"/> |



Jeg bliver fulgt på et sygehus i forbindelse med mit sygdomsforløb?

| | |
|-----|--|
| Ja | <input type="checkbox"/> Navn på sygehus og afdeling |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

Navn på neurolog

| |
|--------------|
| |
|--------------|

Bruger du hjælpemidler for at komme rundt?

| | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stok | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Kørestol | <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Andet – Hvilke hjælpemidler bruger du? | |

Jeg har vanskeligheder med:

Markér en eller flere

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Min tale (f.eks. besværet eller sløret udtale) | <input type="checkbox"/> Min stemme (f.eks. hæshed) |
| <input type="checkbox"/> Sproglige vanskeligheder (f.eks. at finde ord, at forstå ord, at læse, at skrive) | <input type="checkbox"/> Stammen |
| <input type="checkbox"/> Struktur og planlægning | <input type="checkbox"/> Koncentration |
| <input type="checkbox"/> Hukommelse | <input type="checkbox"/> Udtrætning |
| <input type="checkbox"/> Andet – Uddyb, hvad du ellers har vanskeligheder med | |



Supplerende oplysninger

Her har du mulighed for at angive supplerende oplysninger til spørgeskemaet

Dato

Underskrift

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

| | |
|--------------------------|--|
| Navn | |
| Relation til vedkommende | |
| Telefonnummer | |

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, neurolog, sygehus, øre-næse-hals-læge, genoptræningssted 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