



Ansøgning vedr. tinnitus og/eller lydfølsomhed

Vær opmærksom på, at du som udgangspunkt skal have fået foretaget en høreprøve inden for det seneste år, for at vi kan hjælpe dig. Har du ikke fået det, skal du tage kontakt til f.eks. en ørelæge, høreklub eller høreapparatudbyder for at få foretaget en høreprøve, hvorefter du kan vende tilbage og udfylde ansøgningskemaet.

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"/>

Har du en pacemaker?

Ja	<input type="checkbox"/>
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?



Jeg har:

Markér en eller flere

Tinnitus	<input type="checkbox"/>
Lydfølsomhed	<input type="checkbox"/>

Har du høreapparat?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis ja:</i>	
Hvilken model er høreapparatet?	
Hvornår har du senest fået udleveret et høreapparat?	
Hvor har du fået udleveret dit høreapparat?	

Hvis du har høreapparat: Har du behov for afprøvning af høretekniske hjælpemidler?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Hvis ja: Jeg har udfordringer i følgende situationer:

Markér en eller flere

<input type="checkbox"/> Høre på tomandshånd og i mindre grupper (3-4 personer)	<input type="checkbox"/> Høre i større grupper/møder
<input type="checkbox"/> Høre i udfordrende støjmiljø	<input type="checkbox"/> Høre signallyde, f.eks. dørklokke, telefon mv.
<input type="checkbox"/> Høre TV/radio	<input type="checkbox"/> Høre i telefonen
<input type="checkbox"/> Høre på jobbet	
<input type="checkbox"/> Andet - Uddyb, hvornår du ellers oplever udfordringer:	



Høreprøve

Vær opmærksom på, at du som udgangspunkt skal have fået foretaget en høreprøve inden for det seneste år, for at vi kan hjælpe dig. Har du ikke fået det, skal du tage kontakt til f.eks. en ørelæge, høreklinik eller høreapparatudbyder for at få foretaget en høreprøve, hvorefter du kan vende tilbage og udfylde ansøgningskemaet.

Hvor har du senest fået foretaget en høreprøve?	
Hvornår fik du foretaget høreprøven?	

Hvad vil du gerne have hjælp til i forhold til din tinnitus/lydfølsomhed?

Hvornår begyndte din tinnitus/lydfølsomhed, og hvornår begyndte den at genere dig?

Hvad, tror du, er årsagen til din tinnitus/lydfølsomhed?

Er der dage, tidspunkter og/eller situationer, hvor din tinnitus/lydfølsomhed er mere generende?

Er der noget, der forbedrer til tinnitus/lydfølsomhed?



Generes du af lyde, som du ikke tidligere blev generet af?

--

Anvender du ørepropper eller høreværn?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Har du problemer med at høre?

--

Hvor meget generes du af:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tinnitus											
Lydfølsomhed											

Hvor stor en procentdel af den seneste måneds tid, har din tinnitus/lydfølsomhed generet dig?

--

Er du blevet undersøgt af en ørelæge for din tinnitus/lydfølsomhed?

Ja	<input type="checkbox"/> Hvor og hvornår blev du undersøgt?
Nej	<input type="checkbox"/>



Har du gjort noget for at mindske din tinnitus/lydfølsomhed?

--

Er der noget, som din tinnitus/lydfølsomhed forhindrer dig i at gøre?

--

Er der aktiviteter eller situationer, som du undgår på grund af din tinnitus/lydfølsomhed?

--

Tager du nogen form for medicin?

Ja	<input type="checkbox"/> Hvilken medicin?
Nej	<input type="checkbox"/>

Har du haft nogen alvorlige sygdomme, eller været udsat for ulykker?

Ja	<input type="checkbox"/> Hvilke?
Nej	<input type="checkbox"/>

Har du smerter i hovedet, f.eks. kæbe og/eller nakke?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>



Har du smerter andre steder i kroppen?

Ja	<input type="checkbox"/> Hvor?
Nej	<input type="checkbox"/>

Har du problemer med svimmelhed og/eller balance?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Har du svært ved at huske og/eller at koncentrere dig?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Føler du dig stresset?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Har du søvnproblemer?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Har du eller har du haft fobier, stress, depression og/eller angst?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Hvordan trives du på jobbet?

--



Hvordan trives du derhjemme?

--

Hvordan trives du i sociale situationer (familie/venner)?

--

Er du bekymret for din tinnitus/lydfølsomhed?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Hvordan har du det, når du udfører stille aktiviteter, f.eks. læse, sy mv.

--

Hvilke følelser fremkalder din tinnitus/lydfølsomhed hos dig?

--



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 hørekurve, udleverede oplysninger om dine høreapparater eller anden dokumentation fra ørelæge, høreklub el.lign.



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