



## Ansøgning vedr. følger efter skader i hjernen

Vær opmærksom på, at du kun skal udfylde de felter i ansøgningsskemaet, der er relevante for de vanskeligheder, som du ønsker hjælpe til.

### 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 |  |



**Min skade skyldes:**

|                                                      |                                                                    |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En blodprop/hjerneblødning  | <input type="checkbox"/> En hjernetumor eller metastaser i hjernen |
| <input type="checkbox"/> Et hovedtraume              |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Andet – Uddyb venligst her: |                                                                    |

**Hvornår opstod skaden?**

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

**Beskriv kort skaden**

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

**Har du været indlagt på sygehus i forbindelse med din skade?**

|     |                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| Ja  | <input type="checkbox"/> Navn på sygehus, afdeling og evt. neurolog: |
| Nej | <input type="checkbox"/>                                             |

**Har du været til genoptræning i forbindelse med din skade?**

|     |                                                     |
|-----|-----------------------------------------------------|
| Ja  | <input type="checkbox"/> Navn på genoptræningssted: |
| Nej | <input type="checkbox"/>                            |



**Har du modtaget anden behandling i forbindelse med din skade, f.eks. fysioterapi, psykolog, ergoterapi mv.?**

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

**Har du, eller er du under udredning for fysiske lidelser, f.eks. kroniske smerter, fibromyalgi, senfølger efter hjernerystelse el.lign.?**

|                                                                                                                                      |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ja                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| Nej                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <i>Hvis ja:</i>                                                                                                                      |                          |
| Hvilke fysiske lidelser har du/er du under udredning for?                                                                            |                          |
| Havde du det også inden din skade?                                                                                                   |                          |
| Modtager du behandling (medicin, fysioterapi el.lign.) for dine fysiske lidelser?<br><i>Hvis ja: Hvilken behandling modtager du?</i> |                          |



**Har du, eller er du under udredning for psykiske lidelser, f.eks. depression, angst, ADHD, stress, personlighedsforstyrrelse el.lign.?**

|                                                                                                                                  |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ja                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |
| Nej                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| <i>Hvis ja:</i>                                                                                                                  |                          |
| Hvilke psykiske lidelser har du/er du under udredning for?                                                                       |                          |
| Havde du det også inden din skade?                                                                                               |                          |
| Modtager du behandling (medicin, terapi el.lign.) for dine psykiske lidelser?<br><i>Hvis ja: Hvilken behandling modtager du?</i> |                          |

**Beskriv, hvad du ønsker Kommunikationscentrets hjælp til**

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



**Efter min skade oplever jeg vanskeligheder med:**

*Markér en eller flere*

|                                                                                   |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kommunikation (f.eks. udtale, finde ordene mv.)          | <input type="checkbox"/> Kognition (f.eks. koncentration, overblik, planlægning mv.) |
| <input type="checkbox"/> Energi (f.eks. ændrede søvn mønstre, udtalt træthed mv.) | <input type="checkbox"/> Sanser (syn, hørelse)                                       |

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

**Kommunikation**

**Hvilke vanskeligheder oplever du i forhold til kommunikation efter din skade?**

*Markér en eller flere*

|                                                                                                                      |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sprog (f.eks. at finde ord, at forstå ord, at læse, at skrive)                              | <input type="checkbox"/> Tale (f.eks. besværet eller sløret udtale) |
| <input type="checkbox"/> Andet – Hvilke andre vanskeligheder oplever du i forhold til kommunikation efter din skade? |                                                                     |

**Kognition**

**Hvilke vanskeligheder oplever du i forhold til kognition efter din skade?**

*Markér en eller flere*

|                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hukommelse                                                                              | <input type="checkbox"/> Opmærksomhed og koncentration                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Overblik, struktur og/eller planlægning                                                 | <input type="checkbox"/> Adfærd (f.eks. svært ved at tage initiativ, mere impulsstyret, svært ved at komme i gang med opgaver eller gøremål, tendens til at være socialt upassende) |
| <input type="checkbox"/> Andet – Hvilke andre vanskeligheder oplever du i forhold til kognition efter din skade? |                                                                                                                                                                                     |



## **Energi**

### **Hvilke vanskeligheder oplever du i forhold til energi efter din skade?**

*Markér en eller flere*

|                                                                                                               |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Søvnvanskeligheder (f.eks. indsovningsbesvær, opvågninger i løbet af natten)         | <input type="checkbox"/> Udtrætning |
| <input type="checkbox"/> Andet – Hvilke andre vanskeligheder oplever du i forhold til energi efter din skade? |                                     |

## **Sanser**

### **Hvilke vanskeligheder oplever du i forhold til sanser efter din skade?**

*Markér en eller flere*

| <b>Hørevanskeligheder</b>                                                                    |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hørenedsættelse                                                     | <input type="checkbox"/> Lydfølsomhed |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus                                                            |                                       |
| <input type="checkbox"/> Andet – Hvilke andre hørevanskeligheder oplever du efter din skade? |                                       |

| <b>Synsvanskeligheder</b>                                                                    |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lysfølsomhed                                                        | <input type="checkbox"/> Synsnedsættelse |
| <input type="checkbox"/> Andet – Hvilke andre synsvanskeligheder oplever du efter din skade? |                                          |



## Mobilitet

### Bruger du hjælpemidler for at komme rundt?

Markér en eller flere

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

### 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, men skal selv sørge for transporten, f.eks. med ordningen Flextur.*

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

|                                                                                                                                       |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ja, jeg er berettiget til befordring                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Nej, jeg er ikke berettiget til befordring                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| <i>Hvis ja:</i>                                                                                                                       |                          |
| Hvilke særlige forhold ligger til grund for dit ønske om befordring?<br><br><i>Kørselsforbud alene berettiger ikke til befordring</i> |                          |



### Hjemmebesøg

*I særlige tilfælde kan vi foretage hjemmebesøg, hvis det skønnes nødvendigt for at kunne vurdere dine vanskeligheder.*

|                                                                                                                                         |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ja, jeg er berettiget til hjemmebesøg                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| Nej, jeg er ikke berettiget til hjemmebesøg                                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| <i>Hvis ja:</i>                                                                                                                         |                          |
| Hvilke særlige forhold ligger til grund for dit ønske om hjemmebesøg?<br><br><i>Kørselsforbud alene berettiger ikke til hjemmebesøg</i> |                          |





**Min henvendelse er i forhold til**

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

**Hvad er din beskæftigelse?**

|                                                |                                                           |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| I job                                          | <input type="checkbox"/>                                  |
| Sygemeldt                                      | <input type="checkbox"/> Heltids- eller deltidssygemeldt? |
| Under uddannelse                               | <input type="checkbox"/> Hvilken uddannelse?              |
| Pensionist                                     | <input type="checkbox"/>                                  |
| Andet (f.eks. fleksjob, jobafklaring el.lign.) | <input type="checkbox"/> Uddyb venligst                   |

**Har du behov for tolk?**

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

**Hvor har du hørt om Kommunikationscentrets tilbud?**

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



### **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 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**



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

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

---

**Dato**

**Underskrift**