



## Ansøgning vedr. følger i forbindelse med neurologiske lidelser

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 |  |



### Hvilken diagnose henvender du dig med?

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? |                                            |

### Hvornår opstod din neurologiske lidelse?

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

### Har du været indlagt på sygehus i forbindelse med dit sygdomsforløb?

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

### Bliver du fulgt på sygehus i forbindelse med dit sygdomsforløb?

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



**Eventuelt navn på neurolog**

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

**Har du været til genoptræning i forbindelse med dit sygdomsforløb?**

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

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

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

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

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



**Som følge af min neurologiske lidelse har jeg 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 som følge af din neurologiske lidelse: |                                                     |

**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: |                                   |



### 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? |                          |
| <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? |                          |
| <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,<br>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?**

|                                          |
|------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|------------------------------------------|



### **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, 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**



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

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

---

**Dato**

**Underskrift**