



Kommunikationscentret
Rygårds Allé 45, 1. sal
2900 Hellerup

Tlf.: 45 11 47 00
www.komcentret.dk

Personlige data

Navn:	Telefonnummer:
Adresse og bopælskommune:	Cpr-nummer:
Evt. kontaktperson/pårørendes navn og relation:	Telefonnummer til kontaktperson/pårørende:

Årsag til henvendelsen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Behov for undervisning i brug af høreapparat | <input type="checkbox"/> Tinnitus/Menière/lydfølsomhed |
| <input type="checkbox"/> Behov for høretekniske hjælpemidler, fx teleslynge, forstærkning af telefon/dørklokke | <input type="checkbox"/> Svært ved at samtale pga. høretab |
| <input type="checkbox"/> Behov for undervisning ifm. CI-operation | <input type="checkbox"/> Behov for rådgivning i at håndtere hørevanskelighederne på job |

Evt. anden begrundelse for henvendelsen eller supplerende oplysninger:

Er du blevet undersøgt af en ørelæge? Ja Nej Hvornår? _____

Hvis ja, har du mulighed for at medbringe en kopi af din høreprøve? Ja Nej

Navn på ørelæge:	Tlf.nr. og evt. mail:
------------------	-----------------------

Hvis du har høreapparat, hvilket mærke og model er det?

Fx Widex D, Oticon OPN3

Hvor har du fået udleveret evt. høreapparat?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bispebjerg hospital | <input type="checkbox"/> Ørelæge | <input type="checkbox"/> Ved ikke |
| <input type="checkbox"/> Hillerød hospital | <input type="checkbox"/> Privat forhandler | <input type="checkbox"/> Har ikke høreapparater |

Hvornår har du fået udleveret evt. høreapparat? (måned/år): _____

Befordring

Har du pga. dit helbred behov for kørsel til og fra Kommunikationscentret Ja Nej

Medbringer du evt. rollator elektrisk kørestol sammenklappelig kørestol