

Kommunikationscentret
Rygårds Allé 45
2900 Hellerup

Tlf.: 45 11 77 00
www.komcentret.dk

Personlige data

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

Befordring

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

Medbringer du rollator eller kørestol? _____

Årsag til henvendelsen

Hvilken varig øjensygdom/synsnedsættelse er årsag til henvendelsen?

Har du andre sygdomme/vanskeligheder, fx demens, diabetes eller sclerose?

Er dine synsvanskeligheder opstået som følge af apopleksi? Ja Nej Hvornår? _____

Er du blevet undersøgt af en øjenlæge eller en optometrist? Ja Nej Hvornår? _____

Navn på øjenlæge/optometrist:	Tlf.nr. og evt. mail:
-------------------------------	-----------------------

Kort beskrivelse af de konkrete synsvanskeligheder, fx: "Jeg har svært ved at læse avisen, det kniber med at se TV, jeg kan ikke bruge min telefon/computer, jeg har problemer med at passe hjemmet...":

Dette skema er udfyldt af:

Navn:	Relation:	Telefonnummer:
-------	-----------	----------------