

Kommunikationscentret  
Telegrafvej 5, opgang 1, 1.  
2750 Ballerup

Tlf.: 45 11 45 50  
www.komcentret.dk

**Personlige data**

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

**Årsag til henvendelsen (sæt et eller flere krydser)**

- Afasi
- Dysartri
- Nedsat sygdomsindsigt
- Synsvanskeligheder i forbindelse med hjerneskade
- Planlægningsvanskeligheder
- Hukommelsesvanskeligheder
- Opmærksomheds- og koncentrationsbesvær
- Demens

Kopi af relevante hospitalsoplysninger  
medsendes:

Journal

Genoptræningsplan

Øjenlægeoplysninger

Neuropsykologisk undersøgelse

Scanningssvar

Evt. anden begrundelse for henvendelsen eller supplerende oplysninger:

**Hospital**

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| Navn på hospital ved indlæggelse: | Afdeling: |
|-----------------------------------|-----------|

Udskrevet til hjemmet, dato: \_\_\_\_\_

Udskrevet til andet sted, dato: \_\_\_\_\_

|                            |           |                |
|----------------------------|-----------|----------------|
| Dette skema er udfyldt af: | Relation: | Telefonnummer: |
|----------------------------|-----------|----------------|