



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:

Befordring

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

Medbringer du rollator eller kørestol? _____

Årsag til henvendelsen (sæt et eller flere krydser)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artikulationsvanskeligheder | <input type="checkbox"/> Dysartri | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Stemmevanskeligheder | <input type="checkbox"/> Stammen/løbsk tale | <input type="checkbox"/> Atypisk Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Laryngectomeret/mundhuleopereret | <input type="checkbox"/> Strålebehandlet i mund hals | <input type="checkbox"/> Demens |
| <input type="checkbox"/> Andre vanskeligheder/ supplerende oplysninger: _____ | | |

Hvis du er transkønnet, afkryds venligst nedenfor

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Transkvinde | <input type="checkbox"/> Transmand | <input type="checkbox"/> Nonbinær |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|

Hvem har du været i kontakt med i forbindelse med vanskelighederne?

- Øre-næse-halslæge, angiv lægens navn og tlf.nr.: _____
- Hospital, angiv afdeling og tlf.nr.: _____

Kopi af relevante hospitalsoplysninger medsendes:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Journal | <input type="checkbox"/> Neurologisk undersøgelse |
|----------------------------------|---|

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