

Intresseanmälan

(Inskickad intresseanmälan ger köplats på Afasihuset)

Datum: _____

Namn: _____ Personnummer: _____
 Adress: _____
 Postnummer: _____ Postadress: _____
 Tel: _____ Mobil: _____
 E-post: _____

Närstående: _____ Tel: _____
 E-post: _____ Mobil: _____

Jag har haft kontakt med logoped? Ja Nej

Logopedens namn: _____ Stad: _____

Diagnos: _____
 När fick jag min diagnos? (år, månad) _____

Sedan jag fick Afasi har jag haft kontakt med:

Arbetsterapeut Psykolog Sjukgymnast Kurator
 Läkare Annan vårdpersonal: _____

NUVARANDE SYSSLESÄTTNING

Yrkesarbetande Sjukskriven Pensionär Studerande

Övrigt: _____

Arbetat med tidigare: _____ Stad: _____

CIVILSTÅND

Ensamstående Gift Sambo/särbo Annat

Antal personer i hushållet: _____

FÖRFLYTTNING

Går utan hjälpmedel Rollator Rullstol Kryckkäpp

Annat: _____

SYNNEDSÄTTNING

Nej Ja Om ja, diagnos: _____

HÖRSELNEDSÄTTNING

Nej Ja Jag använder hörapparat

PERSONHISTORIA (familj, intressen, etc.)

SJUKDOMSHISTORIA (beskriv insjuknande och rehabilitering, samt ev. andra sjukdomar)

KORTFATTAD BESKRIVNING AV AFASI (förståelse av talat språk, flyt i talet, ordfinnande- och skrivförmåga)

Mediciner Ja Nej

Om ja, vilka? _____

Jag äter *Waran* Jag har Epilepsi Jag har diabetes
(el. annan blodförtunnande medicin)

Allergier Ja Nej

Om ja, vilka? _____

Är du aktuell för annan behandling eller verksamhet? Ja Nej

Om ja, vilken? _____

Jag är intresserad av:

Gruppverksamhet Datorträning

Mer information finns på www.afasihuset.se

Jag samtycker till att kontakt tas med annan vårdgivare, vars vårdinsatser har betydelse för en eventuell rehabilitering på Afasihuset. Samt att journalkopior får rekvireras.

Ja Nej

Sökandes underskrift (eller i förekommande fall företrädares underskrift)

Denna intresseanmälan är ifylld av: _____

Relation till sökande: _____

Tel: _____

Jag är intresserad Afasihusets *Närståendeutbildning* Ja