

Intresseanmälan

Namn: _____ Personnummer: _____

Nuvarande adress: _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

Namn närstående: _____

Telefonnummer närstående: _____

Afasi

Datum för diagnos (år, månad): _____

Jag har haft kontakt med logoped (namn): _____

Ev. övriga diagnoser:

 Verbal apraxi (talsvårigheter) Dysartri (talsvårigheter) Dysfagi (sväljsvårigheter)

Nuvarande sysselsättning

 Yrkesarbetande Sjukskriven Pensionär Studerande

Yrke: _____

Civilstånd

 Ensamstående Gift Sambo/särbo Änka/änkeman

Antal personer i hushållet: _____

Förflyttning

 Går utan hjälpmedel Rollator Rullstol Kryckkäpp

Annat: _____

Syn

God Nedsatt Synfärltsbortfall

Annat: _____

Hörsel

God Nedsatt Använder hörapparat

Annat: _____

Personhistoria (familj, intressen, etc.)

Sjukdomshistoria (beskriv insjuknande och rehabilitering)

Beskrivning av afasi (förståelse av tal, flyt i talet, hitta ord samt läs- och skrivförmåga)

Övrigt (kryssa i det som är aktuellt för dig)

Jag äter Waran (el. annan blodförtunnande medicin)

Jag äter annan medicin: _____

Jag har diabetes.

Jag har epilepsi.

Jag är allergisk mot: _____

Är du aktuell för annan behandling eller verksamhet (t.ex. dagligverksamhet)?

Ja Nej

Om ja, vilken?

Jag söker till Afasihuset för att jag är intresserad av:

Gruppverksamhet Datorträning

Mer information finns på www.afasihuset.se

Jag samtycker till att kontakt tas med annan vårdgivare (t.ex. logoped), vars vårdinsatser kan ha betydelse för en eventuell rehabilitering på Afasihuset.

Ja Nej

Sökandes underskrift *(eller i förekommande fall företrädares underskrift)*

Denna intresseanmälan är ifylld med hjälp av:

Relation till sökande:

Denna intresseanmälan skickas till:

Afasihuset
Järntorgsgatan 12
703 61 ÖREBRO

Vi kontaktar dig när vi mottagit din intresseanmälan. Om du har frågor är du välkommen att kontakta oss på tel. 019-12 31 13, eller på afasihuset@regionorebrolan.se.

Mer information om oss hittar du på www.afasihuset.se.