

Intresseanmälan

Namn: _____ Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Stad: _____

Telefonnummer: _____ E-post: _____

Jag definierar mig som: Kvinna Man Annat: _____ Vill ej uppge

Namn närstående: _____

Telefonnummer närstående: _____ Relation till sökande: _____

Afasi (diagnos ska vara satt av logoped)

Datum för diagnos (år, månad): _____

Jag har haft kontakt med logoped (namn): _____

Ev. övriga diagnoser:

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

Sysselsättning

 Arbetssökande Pensionär Studerande Yrkesarbetande, Yrke: _____ Annat: _____

Civilstånd

 Ensamstående/ensamboende Gift/sambo Särbo Änka/änkeman

Antal personer i hushållet: _____

Förflyttning

 Går utan hjälpmedel Rollator Rullstol Kryckkäpp

Annat: _____

Syn

God Nedsatt Synfälsbortfall

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?

Är du sjukskriven?

Ja Nej Om ja, hur många procent?

Jag söker till Afasihuset för att jag är intresserad av:

Gruppverksamhet Digital språkträning

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, samt att journalkopior får beställas.

Ja Nej

Jag samtycker till att Afasihusets personal får ha kontakt med anhöriga.

Ja Nej

Sökandes underskrift *(eller i förekommande fall företrädarens 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, 0760- 21 17 18 eller via mejl: afasihuset@regionorebrolan.se.

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