

## 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 ställd av logoped)

Datum för diagnos (år, månad): \_\_\_\_\_

Jag har haft kontakt med logoped (namn): \_\_\_\_\_

Ev. övriga diagnoser:

 Verbal apraxi (talsvårigheter)  Dysartri (talsvårigheter) Dysfagi (sväljsvårigheter) ( I de fall diagnos dysfagi är satt, ska kostråd bifogas)

### 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       Synfältsbortfall

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](http://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:**

---

<p>Denna intresseanmälan skickas till: <b>Afasihuset</b> <b>Järntorgsgatan 12</b> <b>703 39 ÖREBRO</b></p>
--

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](mailto:afasihuset@regionorebrolan.se).

Mer information om oss hittar du på [www.afasihuset.se](http://www.afasihuset.se).