**Henvisningsskema til afprøvning af høre-, syns- og kommunikationshjælpemidler.**

**Borgers data:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn |  |
| CPR-nr. |  |
| Adresse, postnr. og by |  |
| Telefonnummer |  |
| E-mail |  |

**Sagsbehandler:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn |  |
| Telefonnummer |  |
| E-mail/ fælles postkasse |  |

**Hvilken fysisk eller/og psykisk funktionsnedsættelse skal afhjælpes med hjælpemidlet?**

|  |
| --- |
|  |

**Hvilke væsentlige dagligdagsproblematikker skal afhjælpes?**

|  |
| --- |
|  |

**Beskriv om der tidligere er bevilget hjælpemidler, som kan have betydning for afprøvningen:**

|  |
| --- |
|  |

**Så vidt muligt ønsker vi at få adgang til originale oplysninger fx lægelige journaler, kopi af ansøgning etc.:**

|  |
| --- |
| ( ) Originale relevante lægelige journal oplysninger er vedhæftet.( ) Borgers / andres ansøgninger på vegne af borger er vedhæftet. |

Den udfyldte henvisning kan sendes via **sikker mail** til: csv.undervisning@kk.dk.