**Til Center for Specialundervisning for Voksne**

Jeg anmoder hermed om en udredende samtale med henblik på specialundervisning.

**Jeg har følgende vanskeligheder (Sæt X):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Afasi  |  | Synshandicap |
|  | Dysartri |  | Stemmevanskeligheder |
|  | Kognitive vanskeligheder |  | Laryngektomeret |
|  | Stammen |  | Mundhuleopereret |
|  | Hørenedsættelse |  | Andet (angiv): |

**Mine Data:**

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

**Jeg giver hermed samtykke til, at mine journaloplysninger må udveksles mellem CSV og nedenfor nævnte samarbejds­partner (sæt X):**

|  |
| --- |
| **Navn, adresse m.v. (evt. stempel)** |
|  | Praktiserende læge |  |
|  | Prakt. speciallæge |  |
| X | Hospitalsafdeling |  |
| X | Andet | Center for Kræft og Sundhed |

**Jeg har været hospitalsindlagt på (sæt X):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Bispebjerg Hospital |  | Amager Hospital |
|  | Rigshospitalet |  | Glostrup Hospital |

**Behov for kørsel: (sæt X):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ingen kørsel |
|  | Kørsel uden kørestol |
|  | Kørsel med kørestol |

**Kontaktperson på Center for Kræft og Sundhed:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn |  |
| Telefonnummer |  |
| E-mail |  |

**Jeg foretrækker, at udredningen / samtalen finder sted på: (sæt X)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | CSV, Frankrigsgade 4, 2300 København S |
|  | CSV, Bystævneparken 20 A, 2700 Brønshøj |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato Underskrift

Tilladelsen gælder 1 år fra dato.

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

OBS: Husk borgers underskrift!