**Til Center for Specialundervisning for Voksne**

Jeg anmoder hermed om en udredende samtale på CSV

**OBS:**

Ved behov for hjælpemidler skal borger ansøge hos Lokalområdekontor, Hjælpemiddelcenter eller Borgercenter Handicap – ikke CSV.

Ved stemmevanskeligheder skal borger ses af øre-næse-halslæge før henvisning, hvis det er muligt.

Ved synsvanskeligheder skal borger ses af øjenlæge før henvisning, hvis det er muligt.

**Jeg har behov for udredning vedr. (Sæt X):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Afasi |  | Stemmevanskeligheder |  |
| Dysartri |  | Kognitive vanskeligheder |  |
| Behov for svagsynsbriller |  | Synskompenserende strategier |  |
| Andet (angiv nedenfor) |  | *Hastesag (begrund nedenfor)* |  |

**Formål med henvisningen:**

|  |
| --- |
| Husk at vedlægge GOP og statusnotater! |

**Mine Data:**

|  |  |
| --- | --- |
| CPR-nr. |  |
| Navn |  |
| Adr. / Postnr. og by |  |
| Telefonnummer |  |
| Pårørendes navn og telefonnummer |  |

**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 |  |
|  | Praktiserende speciallæge (f.eks. øjenlæge, ØNH-læge) |  |
| X | Hospitalsafdeling |  |
| X | Andet | N-KBH, Strandvejen 119, 2900 Hellerup |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bispebjerg Hospital |  | Amager Hospital |  |
| Rigshospitalet Blegdamsvej |  | Rigshospitalet Glostrup |  |
| Andet hospital­­­­­­­­­­­­­:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

**Patientstatus på N-KBH:** **Behov for kørsel (ambulante patienter):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indlagt |  | Ingen kørsel |  |
| Ambulant |  | Kørsel *uden* kørestol |  |
|  |  | Kørsel *med* kørestol |  |

**Borgers afdeling på N-KBH:**

|  |  |
| --- | --- |
| Afd. Navn |  |
| Afd. tlf.nr. |  |

**Kontaktperson på N-KBH:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn |  |
| Tlf.nr./mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sæt X** | **Jeg foretrækker, at udredningen / samtalen finder sted på:** |
|  | CSV, Frankrigsgade 4, 2300 København S |
|  | CSV, Bystævneparken 20 A, 2700 Brønshøj |
|  | N-KBH, Strandvejen 119, 2900 Hellerup (**kun** hvis borger er indlagt på N-KBH) |

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

Dato Underskrift

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

OBS: Husk borgers underskrift samt at vedlægge GOP og statusnotater!