**Ansøgning om træning efter hjernerystelse**

(Inklusionskriterie: Under 5 år gammel)

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: |  |
| Cpr. nr.: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse: |  |
| Tlf. nr. hjem/mobil |  |
| Mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Evt. pårørende: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Egen læge: |  |
| Sygehus: |  |
| Speciallæge: |  |
| Brug af medicin: |  |

Skadestidspunkt for hjernerystelsen:

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

Har du været i kontakt med/henvist til:

Sygehus/skadestue:

|  |
| --- |
| Årsag, undersøgelse, scanning mm. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Henvist  til | Er i gang  med | Er  Afsluttet |
| Hjerneskade-  koordinator | Navn: |  |  |  |
| Jobcenter | Navn: |  |  |  |
| Neuro-Psykolog | Navn: |  |  |  |
| Fysioterapeut | Navn: |  |  |  |
| Ergoterapeut | Navn: |  |  |  |
| Andet | Navn: |  |  |  |

|  |
| --- |
| Årsag: |

**Begrundelse for ansøgning**

(kan evt. udfyldes i samarbejde med fagperson)

|  |
| --- |
| **Hvordan viser dine vanskeligheder sig? (beskriv gerne med aktiviteter)** |

|  |
| --- |
| **Fysisk: (Svimmelhed, balance, hovedpine, synsbesvær, smerter, lyd/lysfølsom, mm.)** |

|  |
| --- |
| **Kognitive: (hukommelse, opmærksomhed, træthed, koncentration, overblik, planlægning, mm.)** |

|  |
| --- |
| **Følelsesmæssig: (stress, følelse af opgivenhed, modløs, trist, nervøs, irriteret, vrede, mm.)** |

|  |
| --- |
| **Hvad har du gjort for at afhjælpe dine gener?** |

|  |
| --- |
| **Supplerende oplysninger fx undersøgelser, lægenotater mv.** |

|  |
| --- |
| **Hvad ønsker du hjælp til:** |

Sundhedshuset Hedensted Kommune

Ny Skolegade 4

8723 Løsning  
Telefonnummer 79 91 82 50