**Henvisning af Aarhus-borger til Hjerneskadeteamet i Aarhus Kommune**

(felterne udvider sig automatisk, når skemaet udfyldes elektronisk)

|  |
| --- |
| **Borger har givet samtykke til henvisning: Ja □**  |
| **Navn:** |
| **Cpr.nr.:** |
| **Adresse:** |
| **Tlf./mail:**  |
| **Evt. kontaktperson/pårørendes navn og tlf.nr.:** |
| **Årsag til henvendelse til Hjerneskadeteamet:** |
| **Diagnose (skadestype og -lokalisation):** |
| **Andre diagnoser/lidelser af betydning for hjerneskadeforløbet:** |
| **Følgevirkninger (ex. fysisk, kognitivt, sprogligt, emotionelt, socialt):** |
| **Indlæggelse/ambulant tilknytning til hospital i relation til hjerneskaden (sted, periode):** |
| **Træning/anden rehabilitering i relation til hjerneskaden:**  |
| **Forsørgelsesgrundlag/arbejdssituation:** |
| **Praktiserende læge (navn, adresse, telefonnummer):** |
| **Henvisning udfyldt af (navn, adresse, tlf.nr., mail):** |
| **Dato for henvisning:** |
| **Vedlæg venligst relevante bilag** (fx journaloplysninger, epikriser, scanningssvar, terapeutfaglige vurderinger) | **Henvisningen stiles til:** **Hjerneskadeteamet****Evald Krogs Gade 4D, 1. sal.8000 Aarhus C****Såfremt det kan ske krypteret, kan henvisningen sendes elektronisk til:**hjerneskadeteamet@aarhus.dkEmne: ”Henvisning til Hjerneskadeteamet”  |