**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.dk](mailto:hjerneskadeteamet@aarhus.dk)  Emne: ”Henvisning til Hjerneskadeteamet” |