

Bo- og genoptræningscentret Lunden

Lundvej 135A, 6800 Varde.

Telefon 79 94 87 40. Fax. 75 22 59 72

Ansøgning om dag- og døgntilbud for unge og voksne med senhjerneskader

HUSK AT UNDERSKRIVE PÅ SIDE 3

Ansøgerens navn: _____

Cpr. nr.: _____ Tlf. nr.: _____

Adresse _____

Opholdskommune: _____

Handlekommune: _____ Betalingskommune: _____

Sagsbehandler: _____ Tlf. nr.: _____

Evt. værge og værgemålstype: _____

Betalingskommunens cvr.nr.. _____ og EAN.nr.: _____

Nærmeste pårørende: _____

Adresse: _____

Tlf. nr.: _____

Nærmeste pårørende: _____

Adresse: _____

Tlf. nr.: _____

Hvilket tilbud søges der om (sæt x)

Botilbud for voksne (Servicelovens § 107 – 108)

Hvilket eller hvilken type:

Genoptræningstilbud, forventet varighed _____ måneder.

Varigt bo-tilbud

Dagtilbud for voksne (servicelovens § 104)

1-dags tilbud

2-dags tilbud

3-dags tilbud

Tidligere tilbud (aflastning, dagtilbud, døgntilbud, fritidstilbud m.v.)

Aktuelle tilbud (aflastning, dagtilbud, døgntilbud, fritidstilbud m.v.)

Kommunens begrundede indstilling:

Forslag i eventuel ventetid

Dato og betalingstilsagn: _____

Kommune: _____ - Forvaltning _____

Helbredsoplysninger

Egen læge:
Navn: _____ Adresse: _____
Tlf. nr.: _____
Medicin, herunder dosering/indtagelse: _____
Administrererer pågældende selv sin medicin ja: _____ nej: _____
Modtager pågældende behandling (somatisk/psykiatrisk), herunder hyppighed: _____
Hvis der foreligger speciallægeerklæring/psykologerklæring - vedlægges disse

Diagnose/prognose:

Fysioterapeut:	Ergoterapeut:
Tlf. nr.:	Tlf. nr.:

Speciallæge:	Syns- eller hørekonsulent:
Tlf. nr.:	Tlf. nr.:

Andre konsulenter:	
Tlf. nr.:	