



Centrum för hjälpmedel, alternativ telefoni; bild- och texttelefon

För önskemål om alternativ telefoni ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att informeras om var du ska söka vård. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefonnummer		Folkbokföringsort
Hur vill du bli kontaktad? T ex via sms, bildtelefon, texttelefon, e-post Nummer eller e-postadress:		
Använder du: <input type="checkbox"/> Teckenspråk <input type="checkbox"/> Skrivtolk <input type="checkbox"/> Talspråk		
Namn och personnummer på döva/hörselskadade i samma bostad		
Har du synnedsättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Har du tidigare besökt syncentral? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Ort:		
Du har hörselnedsättning, - har du annan funktionsnedsättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilken funktionsnedsättning, t ex rörelsenedsättning, utvecklingsstörning:		
Vilken utrustning har du? <input type="checkbox"/> iPhone <input type="checkbox"/> iPad <input type="checkbox"/> PC med webbkamera <input type="checkbox"/> PC utan webbkamera <input type="checkbox"/> Mac-dator <input type="checkbox"/> Androidtelefon <input type="checkbox"/> Androidplatta Modell, t ex Iphone 5, Samsung:		
Har du tidigare fått låna text- eller bildtelefon till hemmet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Namn, t ex Allan, T-meeting. MMX: Ort: År:		



Centrum för hjälpmedel, alternativ telefoni; bild- och texttelefon, forts

Har du bredband hemma? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Bredbandets namn, t ex Telia, Comhem: Bredbandshastighet, Mb/sek:
Hur kontaktar du andra personer och myndigheter idag? <input type="checkbox"/> Ringa fast telefon <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Videosamtal mobiltelefon (3G) <input type="checkbox"/> Video mobiltelefon (t ex Skype) <input type="checkbox"/> Ringa mobiltelefon <input type="checkbox"/> MMS <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Video i dator (t ex Skype) <input type="checkbox"/> Hjälp av någon annan person
Ansöker du om telefon till anhörig? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har du tidigare lånat anhörigtelefon? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Skriv namn, t ex Allan, T-meeting, MMX: När fick du den: Från vilket landsting/region:
Hur ofta använder du dator? <input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> Sällan <input type="checkbox"/> Aldrig
Jag godkänner att Sprida Kommunikationscenter tar kontakt med min anhörig/annan person <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Namn: _____ Telefon: _____
Ytterligare upplysningar

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.

Blanketten skickas till:

Centrum för hjälpmedel
Box 1515
701 15 Örebro