Logo-HMR

Dykkar ref:       Vår ref:      Dato:

**VEDLEGG TIL SØKNADSSKJEMA**

**Gruppebasert senforløpsrehabilitering for mennesker med kognitiv svikt etter ervervet hjerneskade.**

**Kriterier for opptak:**

-

- Senforløp, fra ca. 1 1/2 år etter skade, ferdig med primærrehabilitering, erfaring fra dagligliv hjemme

- Ønske om å delta i gruppetilbud

- Selvhjulpen

- Kan delta i gruppeaktivitet, kommunikativt og fysisk

Alkohol- /rusmisbruk og behandlingstrengende psykiatrisk og somatisk sykdom er kontraindisert for deltakelse på gruppetilbudet.

**Mål og innhold:**

- Å få innsikt i egen tilstand og hva dette medfører for egen situasjon

- Å få informasjon om kompenserende metoder og hjelpemidler

- Å utveksle erfaringer med andre som har opplevd det samme

Fokus blir på sosiale og kognitive følger av skaden. Gruppen er samlet i to uker.. I tillegg legges det opp til 1oppfølgingsdag etter et halvt år. For å få utbytte av gruppeoppholdet er det en fordel at det har gått minst 1 1/2 år siden skaden, og at de kognitive problemene ikke er for omfattende. Det gis eget tilbud til pårørende.

**Fylles ut av lege:**

Deltaker:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Personnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoveddiagnose **(i følge ICD-10**):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ev underdiagnose:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andre opplysninger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Legens navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sted, dato Underskrift**

Søknaden sendes til: Fysikalsk medisinsk ekspedisjon, senfase gruppetilbud, Ålesund Sjukehus, 6026 Ålesund.