

## **Aanmelding Afasieteam**

### **Achtergrondinformatie**

Door de informatie van verwijzers kan de patiënt bij Adelante sneller starten met een op maat gemaakt diagnostisch traject.

Met de informatie uit de bijgevoegde vragenlijst en de eventuele onderzoeksverslagen kunnen we direct bepalen of de aanmelding door het afasieteam in behandeling kan worden genomen. Door de medische gegevens en onderzoeksgegevens te koppelen aan onze onderzoeksresultaten, kunnen we bovendien tot een beter advies komen over de vervolgbehandeling van uw patiënt.

Om de medische gegevens aan ons te versturen, is het nodig dat uw patiënt ons toestemming geeft om medische gegevens op te vragen. De patiënt kan hiervoor tekenen op het bijgevoegde formulier.

U ontvangt een schriftelijke en/of telefonische terugkoppeling van het afasieteam na afronding van het onderzoekstraject (binnen 4 weken na de intake van de patiënt).

U kunt het formulier afdrukken en verzenden naar Adelante.

Hartelijk dank voor uw aanmelding.

## Aanmeldingsformulier Afasieteam

Datum aanvraag:

Gegevens patiënt (eventueel sticker gebruiken)

Naam :  
Straat :  
Plaats :  
Geb.datum :  
Tel. nr. :  
Zorgverz. (nr.):  
Huisarts/specialist:

Gegevens verwijzer

Naam :  
Werkadres :  
Tel. nr. :  
Email :  
Functie :

Gegevens aanvrager

Naam :  
Werkadres :  
Tel.nr :  
Email :  
Functie :

## Medische gegevens patiënt

1. Medische diagnose:  
 CVA d.d. \_\_\_\_\_  
Bloeding/infarct \*<sup>1</sup>  
Links/rechts \*<sup>1</sup>  
Lokalisatie: \_\_\_\_\_  
 Trauma d.d. \_\_\_\_\_  
Lokalisatie: \_\_\_\_\_  
 Anders, namelijk: \_\_\_\_\_ d.d. \_\_\_\_\_  
Lokalisatie: \_\_\_\_\_
2. Heeft eerder logopedisch onderzoek plaatsgevonden?  
 Ja (graag onderzoek toevoegen indien patiënt hierin toestemt)  
 Nee
3. Heeft eerdere logopedische behandeling plaatsgevonden?  
 Ja (graag verslag toevoegen indien patiënt hierin toestemt)  
 Nee (ga verder met vraag 6)
4. Wordt er gebruikgemaakt van communicatiehulpmiddelen?  
 Ja  
 Nee (ga verder naar vraag 6)

<sup>1</sup> Doorhalen wat niet van toepassing is

5. Welk communicatiehulpmiddel wordt gebruikt? \_\_\_\_\_

Wat zijn de ervaringen hiermee? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Heeft eerder (neuro-)psychologisch onderzoek/behandeling plaatsgevonden?

Ja (verslag toevoegen)

Nee

7. Op welk niveau liggen de stoornissen/problemen?

Spreken

Mondeling taalbegrip

Lezen

Schrijven

Cognitie (bijv. aandacht, waarneming etc.)

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

8. Wat wordt als grootste belemmering ervaren in de communicatie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Wat is de (specifieke) vraagstelling aan het afasieteam?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Deze aanmelding wordt in behandeling genomen op het moment dat alle medische gegevens, onderzoeksgegevens en/of testen in het bezit zijn van de coördinator van het afasieteam.**

**U kunt het aanmeldingsformulier sturen naar:**

**Adelante  
t.a.v. Opnamecoördinator  
Postbus 88  
6430 AB HOENSBROEK**

### Opvragen medische gegevens

Voor uw behandeling kan het noodzakelijk zijn om medische gegevens van uw behandelend specialist(en) of specialist(en) waar u eerder in behandeling bent geweest, op te vragen. Als u hiermee akkoord gaat, kunt u hieronder uw handtekening zetten.

Ondergetekende heeft er geen bezwaar tegen dat inlichtingen over eerdere behandelingen verstrekt worden aan de behandelend revalidatiearts van Adelante.

<b>Naam:</b>	
<b>Geboortedatum:</b>	
<b>Handtekening:</b>	