

Ange motivering till
dubbelförskrivning under
rubriken Övrigt (sid. 2)

Kombinerad elrullstol ska
provas i första hand.

Sittproblematik föreligger om
patienten exempelvis inte får
tillräckligt med stöd i sittande, får
trycksår av sittande i elrullstolen
eller dylikt.

Konsultation

- ☐ Elrullstol manuell styrning
☐ Behov av två elrullstolar
☐ Dyna/sits

- ☐ Elrullstol motoriserad styrning
☐ Byte av elrullstol
☐ Anpassning befintlig elrullstol

- ☐ Elrullstol vårdarmanövrerad
☐ Bälte/sele
☐ Övrigt, ange vad:

☐ Vill ha hjälp att prova hjälpmedel. Sittproblematik föreligger. Komplettera med "bilaga sittanalys".

☐ Bifogar bilaga

Förskrivare	Patient
Kombikod	Personnummer
Namn	Namn
Telefon – Ej växelnummer	Adress
E-post	Postnummer
Arbetsplats	Ev. kontaktperson
	Telefon – Helst mobiltelefon

Ange ett telefonnummer som
vi kan nå dig på. Ej
växelnummer

Effekt/nytta, angelägenhet och konsekvens ska (som lägst) bedömas
som stor (3) och frekvens som ofta (3).

[Förskrivningsprocess för hjälpmedel | Vårdgivarguiden](#)

Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutsstöd:	
Frekvens:	Effekt/Nytta:
Behovstrappa enligt Hjälpmedelsguiden:	
☐ Förflytta sig, steg 3. I bostaden. Ange aktivitet och hur ofta:	
☐ Förflytta sig, steg 4. Utanför bostaden. Ange aktivitet och hur ofta:	
☐ Förflytta sig, steg 5. Promenader. Ange aktivitet och hur ofta:	
Diagnos, funktionsnedsättning och prognos. Om smittorisk föreligger, ange v	
Problemställning	
Hur svårt är det att utföra aktiviteten/vara delaktig/utföra denna rörelse idag?	
Målsättning	
Nytta/Konsekvens	
- Hur mycket lättare blir det för patienten att utföra aktiviteten? - Hur påverkas patienten om hen inte får hjälpmedlet?	
Överflyttning till/från rullstol/stol	
☐ utan assistans ☐ med assistans ☐ med lyft ☐ annat:	
Patientens maximala gångsträcka:	
Användningsområde:	
☐ Enbart inne ☐ Mest inne/Lite ute ☐ Mest ute/Lite inne ☐ Enbart ute	
☐ Eget boende ☐ Korttidsboende ☐ Förskola	
☐ Boende med särskild service enligt LSS ☐ Daglig verksamhet enligt LSS ☐ Skola	
☐ Särskilt boende för äldre ☐ Dagverksamhet för äldre ☐ Rh-klass/särskolegrupp	
Patienten har provat manuell rullstol eller annat förflyttningshjälpmedel	
☐ Ja ☐ Nej	
Om ja, hur har det fungerat?	
Eldriven rullstol förskrivs om inte övriga förflyttningshjälpmedel, som t. ex manuell rullstol, täcker behovet av förflyttning	

Patientens personnummer:

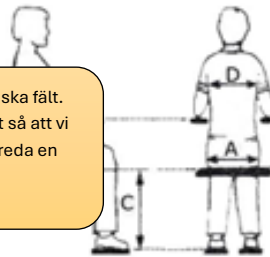
Läs igenom checklisten "Inför förskrivning av elrullstol" innan du fyller i resten av

Fylls i om patienten har en elrullstol.

Mått

Sittbredd (A)	_____ cm
Sittdjup (B) hö/vä	_____
Underbenslängd (C)	_____
Bålbredd (D)	_____
Kroppsvikt	_____
Kroppslängd	_____ cm

Obligatoriska fält.
Ange mått så att vi
kan förbereda en
elrullstol.



Nuvarande elrullstol
Modell:

Registreringsnummer:

Hur lång tid sitter brukaren i sin elrullstol?

Beskriv miljön där elrullstolen ska användas

Inomhus:

Utomhus:

- Trösklar?
- Kuperat?
- Underlag: asfalt/grus?
- Trottoarer?

Ange andra mått att ta hänsyn till så som hiss, dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/förflyttningar

Finns förvaringsplats ordnad?

☐ Ja

☐ Nej

Kommentär:

Ska förvaras inomhus, vid minst
+5°. i låst utrymme.

Trolig modell av elektrisk rullstol

☐ Manuell styrning/styre

☐ Joysticksstyrning

Styrsätt på rullstolen

☐ Reglage höger

☐ Reglage vänster

☐ Vårdarstyrning

Med **närstående** menas den som bor på
samma adress som brukaren

Fylls i endast vid val av Vårdarstyrning

☐ Eget boende, körs av närstående

☐ Eget boende, körs av per
(Försäkringskassan)

_____ tim per vecka från

☐ LSS

☐ Särskilt boende för äldre

Vårdarmanövrerad elrullstol kan **inte** förskrivas till:

- hemtjänstpersonal eller vänner
- brukare på särskilda boenden
- brukare på LSS

Om elreglering av sits krävs, ange vad (gäller ej manuellt styrd elrullstol)

Tidigare insatt konsulent, ange namn:

Övrigt:

Ange här om det finns något som vi bör veta innan besöket, t. ex.
patienten önskar eftermiddagstid.

Ange motivering till eventuell dubbel förskrivning här.

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:

☐ Scannad

☐ Ankomstregistrerad

Datum:

Signatur: