

KONSULTATION

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Kognitionshjälpmedel (tid, minne, planering) | ☐ Larm | ☐ Samtalshjälpmedel |
| ☐ Styrsett till dator | ☐ Fjärrstyrning/ Omgivningskontroll | ☐ Annat: |
| ☐ Syn | | |

Förskrivare		Patient	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel	Namn	
Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>		Adress	Portkod
E-post	Postnummer	Ort	
Enhet	Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>	

Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutstöd:	
Frekvens:	Effekt/Nytta:

Diagnos och funktionsnedsättning: Om smittrisk föreligger, vänligen ange vilken (exempelvis MRSA)

Problemställning:

Målsättning:

I vilka miljöer ska hjälpmedlet fungera?		
☐ Eget boende	☐ Korttidsboende	☐ Förskola
☐ Boende med särskild service enligt LSS	☐ Daglig verksamhet enligt LSS	☐ Skola
☐ Särskilt boende för äldre	☐ Dagligverksamhet för äldre	☐ Rh-klass/särskolegrupp

Vilka åtgärder har tidigare provats för att förbättra situationen?

Eventuellt förslag på hjälpmedel:

FUNKTIONSFÖRMÅGA**Kognition (t ex begreppsförmåga, tidsuppfattning samt läs- och skrivförmåga):**☐ Ingen kognitiv funktionsnedsättning**Motorik (omfattningen av den fysiska funktionsnedsättningen samt eventuellt oralmotoriska problem):**☐ Ingen motorisk funktionsnedsättning**Nuvarande kommunikationsförmåga:**☐ Ingen nedsatt kommunikationsförmåga**Vilken fysisk förmåga har patienten mest kontroll över?**☐ Ingen nedsatt fysisk förmåga**Syn:**☐ Ingen nedsatt syn**Hörsel:**☐ Ingen nedsatt hörsel**Gäller hjälpmedel till dator / surfplatta:**Typ av befintlig dator: ☐ Stationär ☐ Bärbar ☐ PC ☐ Mac

Version av operativsystem:

Typ av befintlig surfplatta: ☐ iOS ☐ Android ☐ Windows

Version:

Vad ska patienten kunna göra i sin dator / surfplatta?**Om patienten använder rullstol; ange typ (ute/inne, el-/manuell rullstol, modell)****Vem / vilka kommer att vara med vid konsultationen?****Övriga upplysningar:**