

Konsultation

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Elrullstol manuell styrning | <input type="checkbox"/> Elrullstol motoriserad styrning | <input type="checkbox"/> Elrullstol vårdarmanövrerad |
| <input type="checkbox"/> Behov av två elrullstolar | <input type="checkbox"/> Byte av elrullstol * | <input type="checkbox"/> Bälte/sele |
| <input type="checkbox"/> Dyna/sits | <input type="checkbox"/> Anpassning befintlig elrullstol | <input type="checkbox"/> Övrigt, ange vad: |

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

Förskrivare		Patient	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SG/FT	Namn	
Telefon - <i>Ej växelnummer</i>		Adress	Portkod
E-post		Postnummer	Ort
Arbetsplats		Ev. kontaktperson	Telefon - <i>Helst mobiltelefon</i>

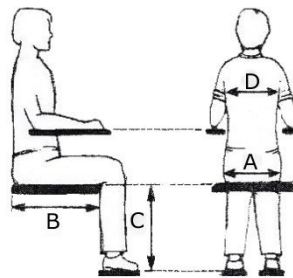
Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutsstöd:
Frekvens: _____ Effekt/Nytta: _____ * Angelägenhet/konsekvens: _____
Behovstrappa enligt Hjälpmedelsguiden:
<input type="checkbox"/> Förflytta sig, steg 3. I bostaden. Ange aktivitet och hur ofta: <input type="checkbox"/> Förflytta sig, steg 4. Utanför bostaden. Ange aktivitet och hur ofta: <input type="checkbox"/> Förflytta sig, steg 5. Promenader. Ange aktivitet och hur ofta:
Diagnos, funktionsnedsättning och prognos. Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex MRSA)
Problemställning (* vid byte motivera förändrat behov)
Målsättning
Överflyttning till/från rullstol/stol
<input type="checkbox"/> utan assistans <input type="checkbox"/> med assistans <input type="checkbox"/> med lyft <input type="checkbox"/> annat: _____
Patientens maximala gångsträcka:
Användningsområde:
<input type="checkbox"/> Enbart inne <input type="checkbox"/> Mest inne/Lite ute <input type="checkbox"/> Mest ute/Lite inne <input type="checkbox"/> Enbart ute
<input type="checkbox"/> Eget boende <input type="checkbox"/> Korttidsboende <input type="checkbox"/> Förskola <input type="checkbox"/> Boende med särskild service enligt LSS <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet enligt LSS <input type="checkbox"/> Skola <input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre <input type="checkbox"/> Dagverksamhet för äldre <input type="checkbox"/> Rh-klass/särskolegrupp
Patienten har provat manuell rullstol eller annat förflyttningshjälpmedel
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, hur har det fungerat?

Patientens personnummer:

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

Mått

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



Nuvarande elrullstol
Modell:
Registreringsnummer:
Hur lång tid sitter brukaren i sin elrullstol?

Beskriv miljön där elrullstolen ska användas

Inomhus:

Utomhus:

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 Kommentar:

Trolig modell av elektrisk rullstol

Manuell styrning/styre Joysticksstyrning

Styrsätt på rullstolen

Reglage höger Reglage vänster Vårdarstyrning Alternativt styrsätt (knappar, mittstyrning m.m.)

Fylls i endast vid val av Vårdarstyrning

Eget boende, körs av närstående bosatt på samma adress Eget boende, körs av personlig assistent (assistansersättning mer än 20 tim per vecka från Försäkringskassan)

LSS Särskilt boende för äldre

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

Tidigare insatt konsulent, ange namn:

Övrigt

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:
 Scannad Ankomstregistrerad Datum: Signatur: