

Konsultation

☐ Trehjulig cykel

☐ Övrigt

FÖRSKRIVARE

Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel ☐ AT ☐ SG/FT	Namn	
Telefon – <i>Helst mobil</i>		Adress	Portkod
E-post		Postnummer	Ort
Arbetsplats		Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>

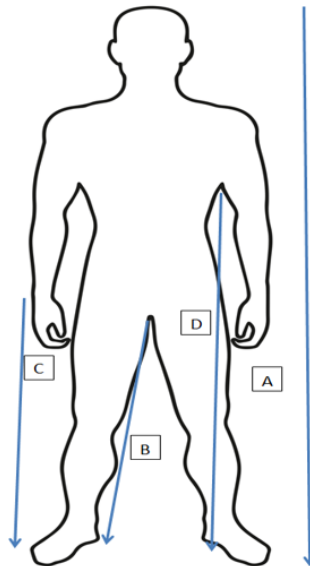
☐ Syn-, hörsel och kognitionsnedsättning är taget i beaktande ☐ Förvaring av cykel finns/kommer att finnas.
Diagnos, funktionsnedsättning och prognos: Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex MRSA)
Problemställning
Målsättning
Vilka ev. hjälpmedel har tidigare provats? (exempelvis cykel med stödhjul)
Övrigt:

Patientens personnummer:

Användningsområde: För verksamheter som omfattas av Överenskommelse Storsthlm-SLL (tidigare KSL-överenskommelsen), se särskilda regler		
☐ 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

Mått

Kroppslängd (A)	_____	cm
Innerbenslängd (B)	_____	cm
Golv-handled (C)	_____	cm
Golv-Armhåla (D)	_____	cm
Kroppsvikt	_____	kg



Hjälpmedel Stockholms anteckningar			
☐ Scannad	☐ Ankomstregistrerad	Datum:	Signatur: