

Konsultation

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Elrullstol manuell styrning | ☐ Elrullstol motoriserad styrning | ☐ Elrullstol vårddarmanövrerad |
| ☐ Behov av två elrullstolar | ☐ Byte av elrullstol | ☐ Bälte/sele |
| ☐ Dyna/sits | ☐ Anpassning befintlig elrullstol | ☐ Övrigt, ange vad: |

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

☐ Bifogar bilaga

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

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 vilken (ex MRSA)

Problemställning

Målsättning

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

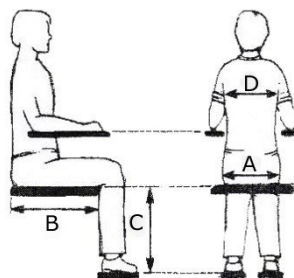
Om ja, hur har det fungerat?

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

☐ 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: