

Konsultation

☐ Ståhjälpmedel

☐ Gånghjälpmedel

☐ Träningshjälpmedel

FÖRSKRIVARE

PATIENT

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>

Användningsområde:

För verksamheter som omfattas av Överenskommelse Storsthlm-SLL (tidigare KSL-överenskommelsen)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 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 |

Diagnos, funktionsnedsättning och prognos:

Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex MRSA)

Problemställning

Målsättning

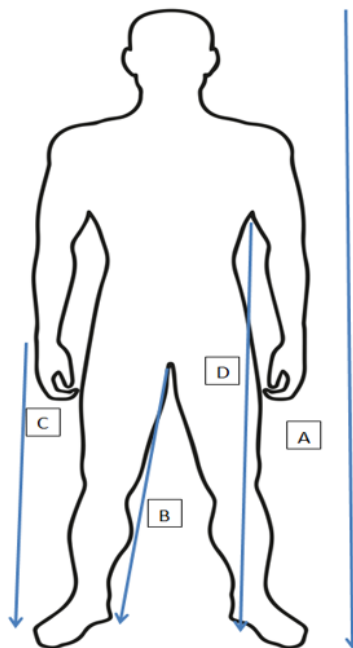
Vilka ev. hjälpmedel eller åtgärder har tidigare provats för att lösa ovan situation:

Övrigt:

Patientens personnummer:

Mått

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



Hjälpmedel Stockholms anteckningar

☐ Scannad	☐ Ankomstregistrerad	Datum:	Signatur:
----------------------------------	---	--------	-----------