

KONSULTATION

☐ Hygienhjälpmedel	☐ Säng/sänghjälpmedel	☐ Överflyttningshjälpmedel
Föreligger sittproblem, komplettera med "Bilaga sittanalys"		☐ Bifogar "Bilaga sittanalys".

FÖRSKRIVARE		BRUKARE	
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>	

DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING:

PROBLEMSTÄLLNING:

MÅLSÄTTNING:

ÖVRIGT:

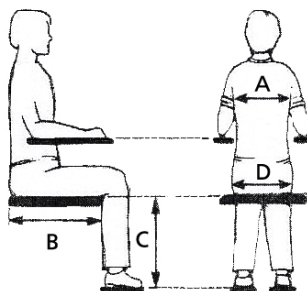
Nuvarande hjälpmedel:

Hjälpmedlets användningsområde:

☐ 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

Kroppsmått

sittbredd (D)	_____ cm
sittdjup (B) hö/vä	_____ cm
underbenslängd (C)	_____ cm
bålbredd (A)	_____ cm
kroppsvikt	_____ kg
kroppslängd	_____ cm



Har tidigare haft kontakt med konsulent:

Har tidigare haft kontakt med tekniker:

Hjälpmedel Stockholms anteckningar

 Scannad ☐ Ankomstreg ☐

Datum: _____ Signatur: _____