

Konsultation

☐ Lyftsele

☐ Mobil personlyft

☐ Övrigt:

FÖRSKRIVARE
PATIENT

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

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 |

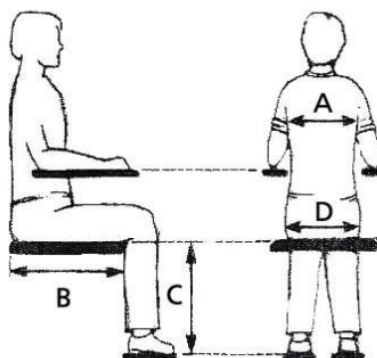
Diagnos, funktionsnedsättning och prognos:**Problemställning****Målsättning****Vilka ev. hjälpmedel eller åtgärder har tidigare provats för att lösa ovan situation?****Övrigt som påverkar situationen:**

Patientens personnummer:

Nuvarande överflyttningshjälpmedel, alternativt hjälpmedlets regnr:

Mått

sittbredd (D)	_____	cm
kroppsvikt	_____	kg
kroppslängd	_____	cm



Hjälpmedel Stockholms anteckningar

Scannad ☐

Ankomstreg ☐

Datum:

Signatur: