

KONSULTATION

- ☐ Manuell rullstol
 ☐ Arbetsstol/Ståstödsstol
 ☐ Uppresningsstol
 ☐ Dyna/Sits
 ☐ Bälte/Sele
 ☐ Vagn
☐ 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>	

Diagnos och funktionsnedsättning. Om smittorisk föreligger, ange vilken (exempelvis MRSA)

Problemställning

Målsättning

Övrigt

Nuvarande stol/rullstol och dyna, alternativt registreringsnummer

Överflyttning till/från rullstol/stol

- ☐ Utan assistans
 ☐ Med assistans
 ☐ Med lyft
 ☐ Annat:

Förflyttning med rullstol/stol

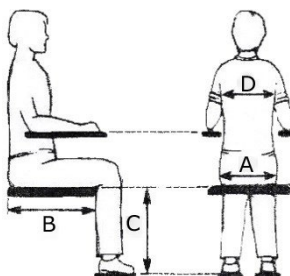
- ☐ Driver manuellt
 ☐ Sparkar sig fram
 ☐ Körs av annan person
 ☐ Annat:

Hur lång tid sitter patienten i sin stol/rullstol?

I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska rullstolen fungera?

- | | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Inne | ☐ Ute | ☐ Egen bil | ☐ Färdtjänst | ☐ Annat: |
| ☐ Eget boende | ☐ Korttidsboende | ☐ Daglig verksamhet enligt LSS | ☐ Förskola | |
| ☐ Boende med särskild service enligt LSS | ☐ Dagverksamhet för äldre | ☐ Rh-klass/särskolegrupp | | |

Sittbredd (A)	_____ cm
Sittdjup (B) hö/vä	_____ cm
Underbenslängd (C)	_____ cm
Bålbredd (D)	_____ cm
Kroppsvikt	_____ kg
Kroppslängd	_____ cm



Hjälpmedel Stockholms anteckningar

Scannad ☐
Datum:

Ankomstregistrerad ☐
Signatur: