

Konsultation – Brukarmanövrerat drivaggregat

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

Bedömning enligt Hjälpmedelsguidens beslutsstöd:			
Frekvens:	Effekt/Nytta:	Resultat:	
Behovstrappa enligt Hjälpmedelsguiden:			
☐ Förflytta sig, steg 3. I bostaden.	☐ Förflytta sig, steg 4. Utanför bostaden.	☐ Förflytta sig, steg 5. Promenader	
Nuvarande manuell rullstol? Ange modell/tillverkare/sittbredd eller regnr.			
Har patienten elrullstol/scooter? Ange modell/märke eller regnr.			
Diagnos och funktionsnedsättning			
Problemställning			
Målsättning			
Övrigt			
I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska drivaggregatet fungera:			
☐ Inne	☐ Inne/Ute	☐ Ute/Inne	☐ Ute
Ange andra mått att ta hänsyn till som hiss, dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/överflyttningar			
Ska rullstolen fällas ihop för transport i bil?			
☐ Ja ☐ Nej			
Patientens kroppsvikt?			

Hjälpmedel Stockholms anteckningar

 Scannad ☐
 Datum:

 Ankomstregistrerad ☐
 Signatur: