

Konsultation

☐ Trehjulig cykel☐ Övrigt**FÖRSKRIVARE**

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>	

PATIENT☐ Syn-, hörsel och kognitionsnedsättning är taget i beaktande☐ Förvaring av cykel finns/kommer att finnas.**Diagnos, funktionsnedsättning och prognos:**

Om smittorisk föreligger, ange vilken (ex MRSA)

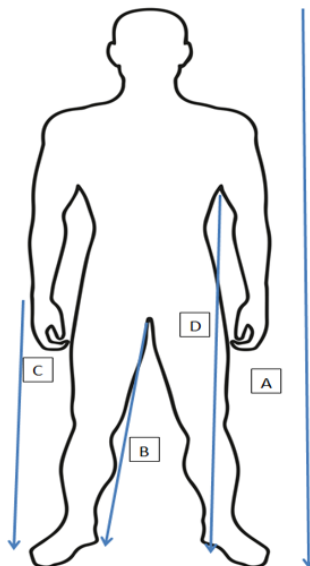
Problemställning**Målsättning****Vilka ev. hjälpmedel har tidigare provats? (exempelvis cykel med stödhjul)****Övrigt:**

Patientens personnummer:

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

Mått

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



Hjälpmedel Stockholms anteckningar			
☐ Scannad	☐ Ankomstregistrerad	Datum:	Signatur: