

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:

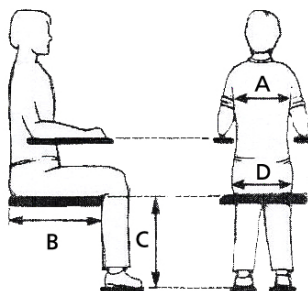
Nuvarande hjälpmedel:

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: _____