

Konsultation – Taklyft

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

Jag som förskrivare har utfört ett hembesök och bedömt att mobil personlyft ej fungerar i aktuellt utrymme:	
Datum för hembesök:	
Ange varför mobil personlyft ej fungerar:	
Ange takhöjd: cm (Om takhöjden understiger 220 cm, kontakta projektör innan remiss skickas in)	
Finns taklyft i bostaden sedan tidigare?	
☐ Ja	Ange var i bostaden:
☐ Nej	
Konsultationen gäller taklyft i:	
☐ Sovrum	Ange syfte/mål:
☐ Badrum	Ange syfte/mål:
☐ Annat rum	Ange syfte/mål:
Finns vägguttag för stickkontakt i rum där taklyft ska projekteras? (Gäller endast våtutrymme)	
Önskas mer information kring taklyft i våtutrymme ta kontakt med Hjälpmedel Stockholm.	
☐ Ja	☐ Nej
Diagnos, funktionsnedsättning Om smittorisk föreligger, ange vilken (t ex MRSA). Finns smärtproblematik?	
Övrig information tex önskemål om dagar, tider som önskas inför bokning av hembesök.	

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:

☐ Scannad

☐ Ankomstregistrerad

Datum:

Signatur: