

Konsultation – Vårdarmanövrerat drivaggregat

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

ANVÄNDNINGSSOMRÅDE	
☐ Eget boende, körs av närstående ☐ Övrigt	
BEDÖMNING ENLIGT HJÄLPMEDELSGUIDENS BESLUTSSTÖD:	
Frekvens:	Effekt/Nytta:

Diagnos och funktionsnedsättning	
Problemställning	
Målsättning	
Övrigt	
Vilken rullstol ska drivaggregatet sitta på?	
Beskriv miljön där drivaggregatet ska användas:	
Ange andra mått att ta hänsyn t.ex. dörrar, passager, lägsta/högsta sitthöjd för att klara aktiviteter/överflyttning:	Ev. hiss (cm) Längd: Bredd:
Har patienten en elrullstol?	☐ Ja ☐ Nej

Brukarens kroppsmaått sittbredd _____ cm kroppsvikt _____ kg kroppslängd _____ cm	Har tidigare haft kontakt med hjälpmedelskonsulent/tekniker kring detta hjälpmedel
---	---

Hjälpmedel Stockholms anteckningar: ☐ Scannad ☐ Ankomstregistrerad Datum: Signatur: