Hjälpmedel Stockholm
REGION STOCKHOLM

Konsultation – Taklyft

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

Konsultationen gäller taklyft i:

☐ Badrum ☐ Hall ☐ Sovrum ☐ Vardagsrum ☐ Annat rum:

Finns vägguttag för stickkontakt i rum där taklyft ska projekteras? (Gäller endast våtutrymme)
För mer information kring taklyft i våtutrymme, besök vår hemsida: hjalpmedelstockholm.se/hjalpmedelsoversikt/taklyft

☐ Ja ☐ Nej

Har hembesök utförts av förskrivare inför önskemål om projektering av taklyft?

☐ Ja ☐ Nej

Finns taklyft/mobil personlyft i bostaden sedan tidigare?

☐ Ja ☐ Nej **Om ja, ange placering:**

Diagnos och funktionsnedsättning. Om smittorisk föreligger, ange vilken (t ex MRSA). Finns smärtproblematik?

Problemställning. Ange även orsak till varför mobil personlyft ej kan användas i det utrymme projekteringen gäller.

Målsättning

Ange planerad frånvaro, till exempel semester eller sjukhusvistelse.

Övrigt

Hjälpmedel Stockholms anteckningar:

☐ *Scannad* ☐ *Ankomstregistrerad* *Datum:* *Signatur:*