Hjälpmedel Stockholm
REGION STOCKHOLM

Konsultation

☐ Lyftsele ☐ Mobil personlyft ☐ Övrigt:

FÖRSKRIVARE		PATIENT	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel ☐ AT ☐ SG/FT	Namn	
Telefon – *Helst mobil*		Adress	
E-post		Postnummer	Ort
Enhet		Ev. kontaktperson	Telefon – *Helst mobil*

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

Diagnos, funktionsnedsättning och prognos:

Problemställning

Målsättning

Vilka ev. hjälpmedel eller åtgärder har tidigare provats för att lösa ovan situation?

Övrigt som påverkar situationen:

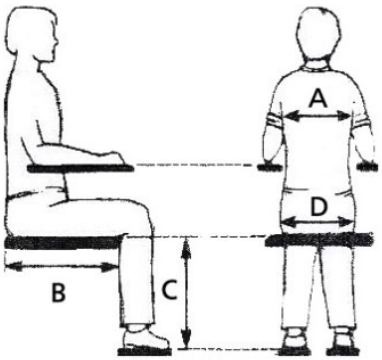
Hjälpmedel Stockholm
REGION STOCKHOLM

Patientens personnummer:

Nuvarande överförflyttningshjälpmedel, alternativt hjälpmedlets regnr:

Mått

sittbredd (D)	cm
kroppsvikt	kg
kroppslängd	cm



Hjälpmedel Stockholms anteckningar			
Scannad ☐	Ankomstreg ☐	Datum:	Signatur: