

Ansökan om enstaka produkt utanför ordinarie sortiment - Enstaka ärende

Förskrivaren ska ha diskuterat med hjälpmedelskonsulent angående behovsanalys och gemensamt bedömt att befintliga produkter uteslutits som alternativ för att täcka brukarens behov.

FÖRSKRIVARE		PATIENT						
Enhet	Kombikakod	Personnummer						
Namn		Namn						
Telefon (helst mobil)		Eventuell kontaktperson						
E-post		Telefon						
YRKESKATEGORI	<input type="checkbox"/> AT	<input type="checkbox"/> AUD	<input type="checkbox"/> SG	<input type="checkbox"/> LOG	<input type="checkbox"/> SSK	<input type="checkbox"/> LÄK	<input type="checkbox"/> SYNPED	<input type="checkbox"/> ÖVR
ANVÄNDNINGS- OMRÅDE	<input type="checkbox"/> Eget boende		<input type="checkbox"/> Särskilt boende för äldre		<input type="checkbox"/> LSS-boende			
	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet		<input type="checkbox"/> Skola		<input type="checkbox"/> Förskola			
	<input type="checkbox"/> Rh-klass/särskolegrupp		<input type="checkbox"/> Korttidsboende		<input type="checkbox"/> Övrigt			
Har haft kontakt med konsulent, namn:								

Bakgrund

Diagnos, problem

Vilka befintliga hjälpmedel har provats? Orsak till att de inte fungerade

Hjälpmedlets effekt på patientens hälsa och livskvalitet. Ange målsättning med hjälpmedlet

Angelägenhetsprövning. Vad blir konsekvensen för patienten vid uteblivet hjälpmedel

Bedömning enl. Hjälpmedelsguidens beslutsstöd

Effekt/nytta: ange siffra

Frekvens: ange siffra

Ange resultat (multiplicera föregående siffror)

Aktuellt hjälpmedel

Leverantör

Artikelbenämning

Artikelnummer

Antal (vid behov av fler)